

令和5年度福井県介護支援専門員実務研修 見学・観察実習

様式集

実習にかかる大まかな流れ

期日	内容	対象	様式
12月21日	(実務研修初日)		
12月末頃	実習先決定	県社協 → 事業所 県社協 → 受講者	様式1 様式2
1月17日まで	実習日程等の調整 実習同意書 提出〆切	受講者 → 事業所 受講者 → 県社協	様式3
1月31日～ 2月29日	実習実施	事業所 ↔ 受講者	様式4
3月8日まで	実習実施報告書 提出〆切	事業所 → 県社協	様式4,5,8
3月中旬	実習受入証明書 発行	県社協 → 事業所	様式9

(注:「事業所」=実習受入居宅介護支援事業所)

「実習指導証明書」の発行(希望する方)

期日	内容	対象	様式
3月中旬	実習指導証明書 発行	県社協 → 指導者	様式10

(様式1：県社協→受入事業所)

令和 年 月 日

(実習受入事業所の長) 様

(福井県介護支援専門員研修指定実施機関)
社会福祉法人福井県社会福祉協議会
会長 小藤 幸男

福井県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

第26回(令和5年度)福井県介護支援専門員実務研修受講試験合格者対象実務研修「ケアマネジメントプロセスの見学・観察実習」実施要領に基づき、「見学・観察実習」について下記のとおり受入れをお願いします。

また、受講者には実習日程と内容について、実習指導者と相談して決定するように指導していますので、連絡がありましたら、ご協力くださいますよう重ねてお願いいたします。

記

		受講者1	受講者2	受講者3
受講者	受講番号			
	ふりがな			
	氏名			
	資格			
	連絡先 勤務先			
実習実施期間	令和6年1月31日～令和6年2月29日の期間中に 18時間以上かつ3日以上 ※期間外の実習は原則として認められませんのでご注意ください。			
備考	見学・観察実習の指導を主任介護支援専門員更新研修の受講要件とするには、当該実習指導者が一連の指導および評価のすべてを行うことが必要となります。			

(担当)福祉人材課 育成支援グループ
〒910-8516 福井市光陽 2-3-22
電話：0776-21-2294 FAX：0776-24-8941
E-mail：manp@f-shakyo.or.jp

(様式2：県社協→受講者)

令和 年 月 日

(受講者名) 様

(福井県介護支援専門員研修指定実施機関)
社会福祉法人福井県社会福祉協議会
会長 小藤 幸男

福井県介護支援専門員実務研修実習事業所決定通知書

福井県介護支援専門員実務研修の実習先について、下記事業所に決定しましたので、速やかに事業所に連絡し、日程調整を行ってください。

また、日程調整が完了次第、福井県介護支援専門員実務研修実習同意書(様式3)に記入し、令和6年1月17日までに福井県社会福祉協議会あて提出してください。

記

事業所名	実習事業所名	
	住所	
	電話番号	
	FAX番号	
	アセスメント様式	
実習実施期間	令和6年1月31日 ~ 令和6年2月29日の期間中に 18時間以上かつ3日以上 ※期間外の実習は原則として認められませんのでご注意ください。	
代表実習指導者氏名		

(担当) 福祉人材課 育成支援グループ
〒910-8516 福井市光陽 2-3-22
電話：0776-21-2294 FAX：0776-24-8941
E-mail：manp@f-shakyo.or.jp

(様式3：受講者→県社協1月17日必着)

令和 年 月 日

(福井県指定介護支援専門員研修実施機関)
社会福祉法人福井県社会福祉協議会会長 様

受講番号
受講者氏名
電話番号(日中の連絡先)

福井県介護支援専門員実務研修実習同意書

私は介護支援専門員実務研修 見学・観察実習を受けるにあたって、実習受入事業所と調整した下記の日程により実習を行い、以下の事項に同意します。

実習事業所			
実習指導者			
実習予定日	調整後の実習予定日をすべて記入してください。(保険加入に使用のため)		
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
(実習に際しての同意事項)			
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、受入事業所の実習指導者及び福井県介護支援専門員研修指定実施機関の指示に従います。			
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 実習中に過失等により、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、実習を休止または中止するときは、必ず福井県介護支援専門員研修指定実施機関の担当者及び受入事業所の実習指導者へ連絡します。			
令和 年 月 日			
実習者氏名(自署)			Ⓜ

様式4 実習記録用紙：受講者→実習日毎に指導者へ→翌実習日に受講者へ→最終日に受講者は指導者に預ける)

受講番号		受講者氏名	
実習事業所名		実習指導者名	
現場実習にむけての自己の重点目標 (実習前に記入)			

(1日目)

実習日時	令和 年 月 日 () 時間 : ~ :
プロセス 場面に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> インテーク <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> プランニング <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> その他
内容・ 気づいた事	
指導者 コメント	
指導者名 _____ ㊟	

(2日目)

実習日時	令和 年 月 日 () 時間 : ~ :
プロセス 場面に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> インテーク <input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> プランニング <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> 担当者会議 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> その他
内容・ 気づいた事	
指導者 コメント	
指導者名 _____ ㊟	

(様式4 実習記録用紙 2ページ目)

受講番号		受講者氏名	
実習事業所名		実習指導者名	

(3日目)

実習日時	令和 年 月 日 () 時間 : ~ :				
プロセス 場面に☑	<input type="checkbox"/> インテーク <input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> プランニング	<input type="checkbox"/> モニタリング	<input type="checkbox"/> 担当者会議
内容・ 気づいた事					
指導者 コメント					
				指導者名	_____ ㊟

(日目)

実習日時	令和 年 月 日 () 時間 : ~ :				
プロセス 場面に☑	<input type="checkbox"/> インテーク <input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> プランニング	<input type="checkbox"/> モニタリング	<input type="checkbox"/> 担当者会議
内容・ 気づいた事					
指導者 コメント					
				指導者名	_____ ㊟

※受講者は、最終日に「実習の振り返り・感想」「後期研修の目標」欄も記入し、指導者に預けてください。
 ※足りない場合は、こちらの様式をコピーして使用してください。

(様式4 実習記録用紙 3ページ目)

受講番号		受講者氏名	
実習事業所名		実習指導者名	

(最終日に記入)

実習の振り返り・感想 (最終日に記入)	
後期研修の目標 (最終日に記入)	
指導者 総括コメント	
	指導者名 _____ ㊟

※受講者は、最終日に「実習の振り返り・感想」「後期研修の目標」欄も記入し、指導者に預けてください。

(様式5 実習評価： 受入事業所→県社協)

受講番号		受講者氏名	
実習事業所名		実習指導者名	

下記は、全体を通して指導者が記入してください。

評価基準 (課題なし ←4・3・2・1・0→ 早急に課題を認識し改善が必要)

項目	評価の視点	評価点(該当に○)					係数	計 (評価点×係数)
		4	3	2	1	0		
服装・身だしなみ	服装・髪型等はふさわしいか						×2	/8
挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声掛けは適切であったか						×6	/24
実習協力者対応	実習指導者、それ以外の協力者とも関係性を保ちコミュニケーションがとれたか						×7	/28
実践力	前期講義を理解して目的意識を持って見学していたか						×3	/12
運営協力	実習内容以外の事業所環境等に配慮することができていたか						×1	/4
業務関心	モニタリングや担当者会議出席にあたり、情報収集などを積極的に行う姿勢があったか						×4	/16
規則順守	時間などの約束を厳守することができたか。実習報告書が作成できたか。						×2	/8
合計								/100
総合評価								

【受入事業所報告手順】

- ①受入事業所は、実習記録用紙(様式4)「指導者コメント(各実習日)」「指導者総括コメント(最終日)」および「指導者印」に記入、押印。
- ②実習評価(様式5)を記入。
- ③実習実施報告書(様式8)と一緒に県社協へ提出。

※(様式4)の写しは実務研修最終日に受講者本人に渡しますが、(様式5)は受講者本人には渡りません。

(様式6：受講者→受入事業所)

令和 年 月 日

誓約書

《事業所代表者名》

様

住 所 _____

氏 名 _____ 印

私は《事業所名》_____において実習を行うにあたり、下記の事項を厳守することを誓います。

記

1. 実習期間中は、実習先の就業規則とこれに基づく諸原則の定めに従います。
2. 実習先の諸規則を守り指導者の指示に従います。
3. 実習に際しては、次の事項を厳守します。
 - (1) 実習先の名誉を毀損するような言動を行いません。
 - (2) 実習先の営む事業を阻害するような言動は行いません。
 - (3) 実習上知り得た個人情報、一切漏洩しません。
4. 実習中、自己の故意または不注意により万一災害や損失を受けた場合、あるいは不測の事態や不可抗力の事故について、貴事業所が賠償その他の責任を負うべきものではないことを確認します。

(様式7：受講者→実習協力者 署名後→受講者) ※必要がある場合にご使用ください。

実習承諾書

私は、《実習生氏名》_____さんが、介護支援専門員実務研修における実習として下記の「誓約書」に基づき、私に対する介護支援専門員実務研修の見学・観察実習を実施するため、必要な情報を提供することを承諾します。

令和____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

実習誓約書

私は、実習を《実習協力者》_____様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。

1. 実習で知り得た情報は、実習及び実習後に行う報告会以外の目的には使用いたしません。また、それ以外の場で漏らすことはしません。
2. 実習後に行う実習報告会で使用する報告書及びレポート等には個人名や個人が特定されることは記載しません。
3. 実習報告会においても、個人名等は言いません。
4. 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。

以上、お約束いたします。

令和____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

* 2通作成 (コピー) し、1通を実習協力者の方にお渡しください。

(様式8：受入事業所→県社協)

令和 年 月 日

(福井県指定介護支援専門員研修実施機関)
 社会福祉法人福井県社会福祉協議会会長 様

事業所名
 事業所代表者 (公印)

福井県介護支援専門員実務研修実習実施報告書

介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告します。

記

受講者	受講番号	
	フリガナ	
	氏名	
実習期間	実習期間	年 月 日～ 年 月 日のうち ()日間
	時間数	()時間
実習指導者	氏名	
	介護支援専門員番号	(主任介護支援専門員の有無：有・無)
	(主任介護支援専門員のみ) 実習指導証明書の交付の希望：する・しない	
連絡先TEL		
事例領域	実習生が経験した事例の領域について、該当するものすべてに○を記入してください。 () リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例 () 看取り等における看護サービスの活用に関する事例 () 認知症に関する事例 () 入退院時等における医療との連携に関する事例 () 家族への支援の視点が必要な事例 () 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例 () 状態に応じた多様なサービス(地域密着サービスや施設サービス等)の活用に関する事例	

- ※ 実習記録用紙(様式4)、実習記録評価(様式5)を添付してください。
- ※ 受講者ごとに報告してください。
- ※ 見学・観察実習の指導を主任介護支援専門員更新研修の受講要件とするには、当該実習指導者が一連の指導および評価のすべてを行うことが必要となります。

(様式9：県社協→受入事業所)

令和 年 月 日

(受入事業所番号)

(受入事業所名) 様

(福井県介護支援専門員研修指定実施機関)
社会福祉法人福井県社会福祉協議会
会長 小藤 幸男

福井県介護支援専門員実務研修にかかる実習受入証明書

「令和5年度福井県介護支援専門員実務研修」見学・観察実習につき、受入れについて下記のとおり証明します。

記

1. 実習者名 (受講番号) ○○ ○○
2. 実習受入期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の期間中に
18時間以上かつ3日以上で受入れ終了
3. 実習指導者名 ○○○○ (資格の別)

(担当) 福祉人材課 育成支援グループ
〒910-8516 福井市光陽 2-3-22
電 話 : 0776-21-2294 FAX : 0776-24-8941
E-mail : manp@f-shakyo.or.jp

(様式10：県社協→実習指導者)

令和 年 月 日

(実習指導者名) 様

(福井県介護支援専門員研修指定実施機関)
社会福祉法人福井県社会福祉協議会
会長 小藤 幸男

福井県介護支援専門員実務研修にかかる実習指導証明書

「令和5年度福井県介護支援専門員実務研修」見学・観察実習の実習指導について下記のとおり証明します。

記

1. 実習指導者名 ○○○○
主任介護支援専門員の有無（有 ・ 無）
2. 実習者名 (受講番号) ○○ ○○
3. 実習受入期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日の期間中に
18時間以上かつ3日以上で受入れ終了

(担当) 福祉人材課 育成支援グループ
〒910-8516 福井市光陽 2-3-22
電話：0776-21-2294 FAX：0776-24-8941
E-mail：manp@f-shakyo.or.jp