**実習指導計画書（①アセスメント） 様式**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学観察実習指導日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 実習指導者（主任介護支援専門員）の氏名 |  |
| 実習受講者の氏名 |  |

◆指導事例について（該当する疾患別事例に〇を囲んで下さい。）

⇒　①認知症　②筋骨格系疾患　③脳血管疾患　④内臓機能不全　⑤看取り

⇒　取り上げる事例数を記入下さい　【　　　　事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導時間（※１）** | **時間計** | **場所** | **実習形態** | **実習指導内容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **指導合計時間** | **時間　　　　分** | | | |

**（※１）**指導時間は、１つのプロセスで３時間以上（オリエンテーション及び振返り時間も含む）です。

**（※２）**実習指導計画書はプロセス毎に明確に時間設定してください。

**（※３）**複数の実習指導者（主任介護支援専門員）がいる場合は、必ず、プロセス毎に別々の実習指導者

が指導計画書を作成した上で、実習指導にあたるようにして下さい。

**実習指導計画書（②プランニング） 様式**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学観察実習指導日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 実習指導者（主任介護支援専門員）の氏名 |  |
| 実習受講者の氏名 |  |

◆指導事例について（該当する疾患別事例に〇を囲んで下さい。）

⇒　①認知症　②筋骨格系疾患　③脳血管疾患　④内臓機能不全　⑤看取り

⇒　取り上げる事例数を記入下さい　【　　　　事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導時間（※１）** | **時間計** | **場所** | **実習形態** | **実習指導内容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **指導合計時間** | **時間　　　　分** | | | |

**（※１）**指導時間は、１つのプロセスで３時間以上（オリエンテーション及び振返り時間も含む）です。

**（※２）**実習指導計画書はプロセス毎に明確に時間設定してください。

**（※３）**複数の実習指導者（主任介護支援専門員）がいる場合は、必ず、プロセス毎に別々の実習指導者

が指導計画書を作成した上で、実習指導にあたるようにして下さい。

**実習指導計画書（③サービス担当者会議） 様式**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学観察実習指導日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 実習指導者（主任介護支援専門員）の氏名 |  |
| 実習受講者の氏名 |  |

◆指導事例について（該当する疾患別事例に〇を囲んで下さい。）

⇒　①認知症　②筋骨格系疾患　③脳血管疾患　④内臓機能不全　⑤看取り

⇒　取り上げる事例数を記入下さい　【　　　　事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導時間（※１）** | **時間計** | **場所** | **実習形態** | **実習指導内容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **指導合計時間** | **時間　　　　分** | | | |

**（※１）**指導時間は、１つのプロセスで３時間以上（オリエンテーション及び振返り時間も含む）です。

**（※２）**実習指導計画書はプロセス毎に明確に時間設定してください。

**（※３）**複数の実習指導者（主任介護支援専門員）がいる場合は、必ず、プロセス毎に別々の実習指導者

が指導計画書を作成した上で、実習指導にあたるようにして下さい。

**実習指導計画書（④モニタリング） 様式**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学観察実習指導日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 実習指導者（主任介護支援専門員）の氏名 |  |
| 実習受講者の氏名 |  |

◆指導事例について（該当する疾患別事例に〇を囲んで下さい。）

⇒　①認知症　②筋骨格系疾患　③脳血管疾患　④内臓機能不全　⑤看取り

⇒　取り上げる事例数を記入下さい　【　　　　事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導時間（※１）** | **時間計** | **場所** | **実習形態** | **実習指導内容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **指導合計時間** | **時間　　　　分** | | | |

**（※１）**指導時間は、１つのプロセスで３時間以上（オリエンテーション及び振返り時間も含む）です。

**（※２）**実習指導計画書はプロセス毎に明確に時間設定してください。

**（※３）**複数の実習指導者（主任介護支援専門員）がいる場合は、必ず、プロセス毎に別々の実習指導者

が指導計画書を作成した上で、実習指導にあたるようにして下さい。

**実習指導計画書（⑤給付管理） 様式**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学観察実習指導日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 実習指導者（主任介護支援専門員）の氏名 |  |
| 実習受講者の氏名 |  |

◆指導事例について（該当する疾患別事例に〇を囲んで下さい。）

⇒　①認知症　②筋骨格系疾患　③脳血管疾患　④内臓機能不全　⑤看取り

⇒　取り上げる事例数を記入下さい　【　　　　事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指導時間（※１）** | **時間計** | **場所** | **実習形態** | **実習指導内容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **指導合計時間** | **時間　　　　分** | | | |

**（※１）**指導時間は、１つのプロセスで３時間以上（オリエンテーション及び振返り時間も含む）です。

**（※２）**実習指導計画書はプロセス毎に明確に時間設定してください。

**（※３）**複数の実習指導者（主任介護支援専門員）がいる場合は、必ず、プロセス毎に別々の実習指導者

が指導計画書を作成した上で、実習指導にあたるようにして下さい。