**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ください。）

⇒　①脳血管疾患　　②大腿骨頸部骨折　　③心疾患　　④認知症　　⑤誤嚥性肺炎

⇒　取り上げる事例数を記入してください　【　　　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時間以上です。

（オリエンテーション及び実習の振返り時間も含みます。休憩時間は除きます。）

**※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、プロセス毎に別の実習指

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ください。

**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ください。）

⇒　①脳血管疾患　　②大腿骨頸部骨折　　③心疾患　　④認知症　　⑤誤嚥性肺炎

⇒　取り上げる事例数を記入してください　【　　　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時間以上です。

（オリエンテーション及び実習の振返り時間も含みます。休憩時間は除きます。）

**※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、プロセス毎に別の実習指

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ください。

**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ください。）

⇒　①脳血管疾患　　②大腿骨頸部骨折　　③心疾患　　④認知症　　⑤誤嚥性肺炎

⇒　取り上げる事例数を記入してください　【　　　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時間以上です。

（オリエンテーション及び実習の振返り時間も含みます。休憩時間は除きます。）

**※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、プロセス毎に別の実習指

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ください。

**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ください。）

⇒　①脳血管疾患　　②大腿骨頸部骨折　　③心疾患　　④認知症　　⑤誤嚥性肺炎

⇒　取り上げる事例数を記入してください　【　　　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時間以上です。

（オリエンテーション及び実習の振返り時間も含みます。休憩時間は除きます。）

**※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、プロセス毎に別の実習指

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ください。

**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ください。）

⇒　①脳血管疾患　　②大腿骨頸部骨折　　③心疾患　　④認知症　　⑤誤嚥性肺炎

⇒　取り上げる事例数を記入してください　【　　　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時間以上です。

（オリエンテーション及び実習の振返り時間も含みます。休憩時間は除きます。）

**※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、プロセス毎に別の実習指

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ください。