様式第１号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人　茨城県介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　榮一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所　登録申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　― | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | | フリガナ | | |
|  | | |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　　日 | | |
| 主任介護支援専門員の数 | | 人 | 特定事業所加算の有無 | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・Ａ・無 |
| 実習受入可能人数 | | 人 | | |

様式第３号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人　茨城県介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　榮一　様

所在地

事業所名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入承諾書

介護支援専門員実務研修実習の受入れについて、下記のとおり、承諾いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習生 | フリガナ |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 実習期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（　　日間） | | |
| 実習場所 | |  | | |
| 実習内容 | | 【記載例】実習指導者との同行訪問、アセスメント訪問、居宅サービス計画立案、サービス担当者会議等の一連のケアマネジメントに関する見学実習等 | | |
| 実習指導責任者名 (主任介護支援専門員) | |  | 連絡先 |  |

令和６年度介護支援専門員実務研修　報告書兼評価書（様式４号）

（この用紙は報告書兼評価書の項目内容を記載したものです。

報告は必ず**Googleフォーム**にて行ってください。）

**入力する内容**

1. 受講者氏名
2. 実習期間
3. 報告日
4. 所属事業所名
5. 連絡先・電話番号
6. （アンケート）実習指導の実績が主任介護支援専門員更新研修の要件として認められます（複数条件あり）。主任更新の要件としたいという希望はありますか？　　希望あり/希望なし

**●（実習生の評価について）**

1. 服装・身だしなみ（服装・髪型等がふさわしいか）
2. 挨拶・言葉づかい（挨拶・会話・声かけは適切か）
3. 実習協力者対応（関係性を保ちコミュニケーションがとれたか）
4. 実践力（前期講義演習を理解し見学したか）
5. 運営協力（実習以外の事業所環境にも配慮したか。実習先に不快感な思いをさせないような配慮など）
6. 業務関心（実習指導者の業務内容の見学・観察に興味はあったか。ケアマネジメントに対する熱意など）
7. 規則関心（実績報告提出及び実習内容のルールに関心があるか。実習の手引きなどの理解など）

①～⑦は

課題なし　/　ほぼ課題なし　/　気になる課題が数か所あり　/　課題のない状態が半分以下　/　早急に課題を認識し改善が必要　　からそれぞれ１つ選択

**↓以下は見学・観察実習を行ったプロセス場面ごとに評価をしてください。**

**●（実習内容：アセスメント）**

・見学・観察実習日時

・実習指導名

・アセスメントの理解度について　・・・　十分に理解できている　/　理解できている　/　あまり理解できていない/　理解できていない　　から１つ選択

・アセスメントの説明・指導の有無・・・　説明・指導した/説明・指導しなかった　から選択

・具体的な説明内容について（自由記載）　[１００文字以上、250字程度で記載してください]

**●（実習内容：プランニング）**

・見学・観察実習日時

・実習指導名

・プランニングの理解度について　・・・　十分に理解できている　/　理解できている　/　あまり理解できていない/　理解できていない　　から１つ選択

・プランニングの説明・指導の有無・・・　説明・指導した/説明・指導しなかった　から選択

・具体的な説明内容について（自由記載）　[１００文字以上、250字程度で記載してください]

**●（実習内容：モニタリング）**

・見学・観察実習日時

・実習指導名

・モニタリングの理解度について　・・・　十分に理解できている　/　理解できている　/　あまり理解できていない/　理解できていない　　から１つ選択

・モニタリングの説明・指導の有無・・・　説明・指導した/説明・指導しなかった　から選択

・具体的な説明内容について（自由記載）　[１００文字以上、250字程度で記載してください]

**●（実習内容：サービス担当者会議）**

・見学・観察実習日時

・実習指導名

・サービス担当者会議の理解度について　・・・　十分に理解できている　/　理解できている　/　あまり理解できていない/　理解できていない　　から１つ選択

・アセスメントの説明・指導の有無・・・　説明・指導した/説明・指導しなかった　から選択

・具体的な説明内容について（自由記載）　[１００文字以上、250字程度で記載してください]

**●（実習内容：給付管理）**

・見学・観察実習日時

・実習指導名

・給付管理の理解度について　・・・　十分に理解できている　/　理解できている　/　あまり理解できていない/　理解できていない　　から１つ選択

・給付管理の説明・指導の有無・・・　説明・指導した/説明・指導しなかった　から選択

・具体的な説明内容について（自由記載）　[１００文字以上、250字程度で記載してください]

●全体を通しての実習生の評価　（自由記載）

様式第５号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　栄一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受け入れ困難に係る届出書

介護支援専門員実務研修実習について、**令和　　年度は**実習を受け入れることが困難なため、

下記の通り届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　－ | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | | フリガナ | | |
|  | | |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 受け入れが困難な期間 | | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 受け入れが困難な理由 | | |  | | |

様式第６号

令和　　　年　　　月　　日

一般社団法人介護支援専門員協会

会　長　　赤荻　栄一　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所　登録解除申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録解除について、下記のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　－ | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者名 | | フリガナ | | |
|  | | |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 登録解除の理由 | | |  | | |