

令和 5 年度
茨城県介護支援専門員実務研修
実習の手引き
(事業所向け)

[問合せ先]

一般社団法人 茨城県介護支援専門員協会

〒310-0851

茨城県水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館 3 階

〔電 話〕 029-243-6261

〔受付時間〕 午前 9 時～午後 5 時（土・日・祝日を除く）

目 次

1	実習の目的	1
2	実習の位置づけ	1
3	実習の期間	1
4	実習の内容	2
5	使用テキスト等	3
6	事務手続き等について	3
7	実習先の選定と留意事項	4
8	実習生向け保険の加入について	4

様式第1号	実習受入協力事業所 登録申請書	5
様式第3号	実習受入承諾書	6
様式第4号-1	実務研修報告書 兼 評価書	7
様式第4号-2	見学・観察実績報告書 兼 評価書	8
様式第5号	実習受け入れ困難に係る届出書	9
様式第6号	実習受入協力事業所 登録申請書	10

1 実習の目的

(1) ケアマネジメントの実践現場を体験（体感）する

- ・アセスメントやケアプランの作成といった業務を実行し、ケアマネジメントの実践をより具体的に理解する。
- ・指導者の業務に対する姿勢、倫理観、利用者と構築した関係性を体感し学ぶ。

(2) 介護支援専門員の職業倫理、姿勢、要介護高齢者の多様な生活の実態などを知る

- ・後期課程との連続性も踏まえ、「一人暮らしの事例」や「認知症の人の事例」「ターミナルケアの事例」等、多様な事例を取り上げる。

2 実習の位置づけ

平成 26 年 7 月 4 日付け老発 0704 第 2 号厚生労働省老健局長通知「介護支援専門員実務研修実施要綱」で示された、介護支援専門員養成研修カリキュラムに基づいて実施します。

特定事業所加算の加算算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたことの意義

特定事業所加算の趣旨は、「質の高いケアマネジメントを実施している事業所への評価」「中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応」「専門性の高い人材の確保」「地域全体のケアマネジメントの質の向上」等があります。

平成 27 年度から要件に追加された「実習の受け入れ」は、実務研修の質を高め、ひいては地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、特定事業所加算取得事業所の地域への貢献が期待されているもので、こうした趣旨を理解して、積極的に実習を受け入れる必要があります。

なお、こうした趣旨であるため、実習の受け入れは事業所として取り組むべきであり、実習指導者が個人として実習を受け入れるわけではありません。実習の準備・運営においては、実習指導者だけに任せるのではなく、事業所全体で、適切な実習環境を整えられるよう取り組む必要があります。

（「実習受入に関する指針」から要約）

3 実習の期間

- ・ A 班日程 令和 6 年 1 月 26 日（金）～2 月 16 日（金）
- ・ B 班日程 令和 6 年 1 月 27 日（土）～2 月 17 日（土）
- ・ C 班日程 令和 6 年 1 月 28 日（日）～2 月 25 日（日）
- ・ D 班日程 令和 6 年 1 月 31 日（水）～2 月 28 日（水）
- ・ E 班日程 令和 6 年 2 月 21 日（水）～3 月 13 日（水）

介護支援専門員実務研修では、前期日程と後期日程の間に実習期間を設けております。前期課程をふまえて実習を行うため、期間以外の実習は無効となりますので、ご了承ください。

4 実習の内容（概ね3日間程度 18時間以上）

(1) 模擬ケアプラン作成実習

- ・受講生への事前説明
- ・利用者（実習協力者）との面接
- ・収集した情報をもとに解決すべき課題の把握（アセスメント）
- ・模擬ケアプランの作成
- ・「実習報告書」「見学・観察実習報告書兼評価書」の提出

(2) 見学・観察実習

- ・主任介護支援専門員（実習指導者）への同行等によるアセスメント、モニタリング
- ・サービス担当者会議の開催のための準備や当該会議への同席
- ・給付管理業務の見学
- ・「実習報告書」「見学・観察実習報告書兼評価書」の提出

実習スケジュールの組み立て方（例1）

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1 日 目	事務所で事前説明			昼休み	訪問		振り返り		
2 日 目	訪問	担当者会議		昼休み	訪問	ケア会議		振り返り	
3 日 目	事前説明		訪問		昼休み	給付管理	振り返り		

実習スケジュールの組み立て方（例2）

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1日目	事務所で事前説明			昼休み	訪問		振り返り		
2日目						給付管理	訪問	振り返り	
3日目	説明	ケア会議		振り返り					
4日目			担当者会議		訪問	振り返り			
5日目			訪問	振り返り					

実習を実施するために実習受け入れ事業所が取り組むべきことの全体像

準備	実習受入事業所としての協力
	実習指導者の選定および業務の平準化
実施	事前説明、訪問へ向けた実習準備（協力者の事前確認）
	実習の実施（同行訪問を通じた指導、記録の作成支援等）
フォロー	実習後の振り返り、受講者へのフィードバック（実習生が作成した計画書の確認）
	実習全体の振り返り（報告書の作成）

5 使用テキスト等

- (1) 新カリキュラム対応 介護支援専門員実務研修テキスト（7訂第2版）
- (2) 居宅サービス計画書作成の手引（7訂版）

研修受講者が使用するテキストを入手し、事前にカリキュラムの内容把握に努めてください。

※いずれも（公財）長寿社会開発センター発刊、同センターのホームページから購入可能です。

6 事務手続き等について

(1) 実習受入事業所が提出する書類（巻末）

様式	題	提出時期
様式1号	実習受入協力事業所 登録申請書	初回登録時のみ提出
様式3号	実習受入承諾書	実習生受入時（実習開始前）
様式4号	報告書兼評価書	実習終了後（後期日程開始前）
様式5号	実習受け入れ困難に係る届出書	理由発生後速やかに
様式6号	実習受入協力事業所 登録解除申請書	解除理由発生後速やかに

- ・提出先：〒310-0851 水戸市千波町 1918 セキショウ・ウェルビーイング福祉会館 3 階
一般社団法人 茨城県介護支援専門員協会
- ・提出方法：郵送にて

(2) 実習生が作成する報告書

実習で作成する報告書は以下のとおりです。

ケアプラン作成指導と併せ、振り返り等において、実習担当者からの指導をお願いします。

No.	項目	備考
1	提出書類チェック票	
2	介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書	
3	実習協力者面接報告書	※
4	基本情報に関する項目	
5	アセスメントに関する項目	
6	社会資源調査票	2枚とも記入すること
7	ICF 思考による情報整理シート	A 3 サイズで印刷
8	課題整理総括表（茨城県ケアマネジャー協会 2018 版）	A 3 サイズで印刷
9	居宅サービス計画書（1）	
10	居宅サービス計画書（2）	
11	週間サービス計画表	
12	給付管理業務に関する実習報告書	
13	実習総合報告書	
14	実習振り返り演習①説明シート	
15	見学・観察実習報告書（受講者用）	

※アセスメントについては、下記の 6 つのアセスメントツールから 1 つ選択して使用するよう受
講生に周知しています。指導する際は、事業所独自の様式は使用しないでください。

- ① M D S - H C 方式 2.0 (Mini mum Data Set-Home Care)
- ② センター方式(認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式)
- ③ 日本社会福祉士会方式(ケアマネジメント実践記録様式)
- ④ 日本介護福祉士会方式(生活 7 領域から考える自立支援アセスメント)
- ⑤ 日本訪問看護振興財団方式(成人・高齢者用 アセスメントとケアプラン)
- ⑥ 全国社福祉協議会方式(新版 居宅サービス計画ガイドライン)

7 実習先の選定と留意事項

原則、実習生が所属する事業所、同一法人・関連事業所（グループ法人含む）および実習生が過去に所属した事業所での実習は認められません。

このような実習生からの実習依頼があった場合、その旨をお伝えください。

なお、実習生に対しても、同様のアナウンスをいたします。

8 実習生向け保険の加入について

実習中の事故に関しまして、下記のようなことがリスクとして想定されます。研修実施機関では一切責任を負いませんので、不慮の事故に備えるために損害保険の加入をお勧めいたします。

- (1) 他人に怪我をさせたり、ものを壊してしまった場合の補償 → 個人賠償責任保険
- (2) 怪我で死亡・入院・通院したときの補償 → 傷害保険

上記の保険につきましては、加入を義務付けることはございませんが、実習中の事故に関しまして、万が一の際に賠償を求められることもございますので、是非とも保険会社との契約をお勧めいたします。

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



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	〒 ー			
連絡先	電話番号		FAX 番号	
管理者名	職名		フリガナ	
			氏名	
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		

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



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 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



茨城県介護支援専門員実務研修 報告書 兼 評価書

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。

フリガナ 実習生 氏名			
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
実習内容 ※見学・観察したプロセスに☑	<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"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 給付管理		
実習指導者名		連絡先	

評価項目		定義	ウェイト①	評価ポイント②					①×②＝ 計 点
				0	1	2	3	4	
プロセス	服装・身だしなみ	服装・髪型等がふさわしいか	2						/8
	挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声かけは適切か	6						/24
	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	7						/28
	実践力	前期講義演習を理解し見学したか	3						/12
	運営協力	実習以外の事業所環境にも配慮したか（実習先に不快な思いをさせないような配慮など）	1						/4
	業務関心	実習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）	4						/16
	規則関心	実習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）	2						/8
0＝課題なし 1＝ほぼ課題なし 2＝気になる課題が数か所あり 3＝課題のない状態が半分以下 4＝早急に課題を認識し改善が必要									

見学・観察実習報告書 兼 評価書

※プロセスごとに各 1 枚作成すること

[illegible]

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	〒 ー			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	管理者名	職名		フリガナ	
				氏名	
	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



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	〒 ー			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	管理者名	職名		フリガナ	
				氏名	
	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			
登録解除の理由					