

# 茨城県介護支援専門員実務研修 実習報告書

## 【目次】

No.	項目	ページ数
1	提出書類チェック票	1
2	介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書	2
3	実習協力者面接報告書	3
4	基本情報に関する項目	4
5	アセスメントに関する項目	5
6	社会資源調査票	6～7
7	ICF 思考による情報整理シート	8
8	課題整理総括表（茨城県ケアマネジャー協会 2018 版）	9
9	居宅サービス計画書(1)	10
10	居宅サービス計画書(2)	11
11	週間サービス計画表	12
12	実習振り返り演習①説明シート	13
13	給付管理業務に関する実習報告書	14
14	見学・観察実習報告書（受講者用）	15
15	実習総合報告書	16
16	見学・観察実習報告書（実習受け入れ事業所用）	※受け入れ事業所が提出

## 【提出日および提出方法】

後期第1日目「実習振り返り」の際に使用しますので、コピーを作成しておいてください。

報告書種類	部数	提出先・提出方法
No. 1～No. 15	2部	〒310-0851 水戸市千波町1918 茨城県セキショウ・ウエルビーイング福祉会館3階 茨城県介護支援専門員協会事務局 行  レターパックまたは簡易書留にて郵送 (締め切り日は実習の手引き参照)

## 【作成上の注意】

・実習対象者のプライバシーの保護に留意してください。

例) 実習対象者の氏名 ⇒ イニシャル(「Aさん」、「Bさん」など)

〃 住所 ⇒ A市・町・村

実習対象者が利用しているサービス ⇒ A訪問介護事業

ただし、実習受け入れ事業所名や実習担当者名についてはそのまま記載してください。

## 1. 提出書類チェック票

提出日	令和	年	月	日
班	氏名			

No.	提出書類および留意点	チェック欄	
		1部	2部
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 ※実名を記入すること。押印は不要。		
3	実習協力者面接報告書 ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
4	基本情報に関する項目 ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
5	アセスメントに関する項目 ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
6	社会資源調査票 ※市区町村名・事業所名・施設名などの特定できるような表記は避け、アルファベット等で表記する。(イニシャルも避ける)		
7	ICF 思考による情報整理シート ※実名など個人を特定できる表記は不可。A3サイズで作成すること。		
8	課題整理総括表（茨城県ケアマネジャー協会 2018 版） ※実名など個人を特定できる表記は不可。A3サイズで作成すること。		
9	居宅サービス計画書(1) ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
10	居宅サービス計画書(2) ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
11	週間サービス計画表 ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
12	実習振り返り演習①説明シート ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
13	給付管理業務に関する実習書 ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
14	見学・観察実習報告書（受講者用） ※実名など個人を特定できる表記は不可。ただし、実習受け入れ事業所名や実習担当者名についてはそのまま記載してください。		
15	実習総合報告書（受講者用） ※実名など個人を特定できる表記は不可。		
16	見学・観察実習報告書（実習受入事業所用）	※受入事業所が提出	

※ 1～15 を番号順にそろえたものを **2部** 提出してください。

※ 提出書類に不足等がある場合、研修後期日程の修了が出来なくなります。ご注意ください。

## 2. 介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書

### 介護支援専門員実務研修 実習承諾書（対象者用）

（実習者氏名）

私は、\_\_\_\_\_さんが介護支援専門員実務研修の実習として下記の「誓約書」に基づき、次の文書を作成することに協力し、必要な情報を提供することを承諾します。

- （1）課題分析表
- （2）居宅サービス計画書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（対象者）氏 名 \_\_\_\_\_

### 介護支援専門員実務研修 実習誓約書（実習者用）

（対象者氏名）

私は、介護支援専門員実務研修の実習を\_\_\_\_\_さん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. この実習は、（1）課題分析表（2）居宅サービス計画書の作成が目的ですので、それと関係ないことはお聞きしません。
2. 実習で知った情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。
3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。
4. この実習誓約書は研修事務局に提出するのみで、実習事例検討会においても個人名等が出ることはありません。
5. 私が知りたいことであっても、あなたの意に添わないことは聞きません。
6. 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。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（実習者）氏 名 \_\_\_\_\_

※2通を作成し、1通を実習協力者にお渡しください。

## 2. 介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書

### 介護支援専門員実務研修 実習承諾書（対象者用）

（実習者氏名）

私は、\_\_\_\_\_さんが介護支援専門員実務研修の実習として下記の「誓約書」に基づき、次の文書を作成することに協力し、必要な情報を提供することを承諾します。

- （１）課題分析表
- （２）居宅サービス計画書

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（対象者）氏 名 \_\_\_\_\_

### 介護支援専門員実務研修 実習誓約書（実習者用）

（対象者氏名）

私は、介護支援専門員実務研修の実習を\_\_\_\_\_さん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. この実習は、（１）課題分析表（２）居宅サービス計画書の作成が目的ですので、それと関係ないことはお聞きしません。
2. 実習で知った情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。
3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。
4. この実習誓約書は研修事務局に提出するのみで、実習事例検討会においても個人名等が出ることはありません。
5. 私が知りたいことであっても、あなたの意に添わないことは聞きません。
6. 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。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

（実習者）氏 名 \_\_\_\_\_

※ 2通を作成し、1通を実習協力者にお渡しください。

### 3. 実習協力者面接報告書

作成者氏名( ) ( )班

1. 実習協力者の選定経過(紹介経路等)	
2. 面接を実施した年月日及び時間	
3. 家族の同席の有無	【 有 ・ 無 】
4. 実習協力者の状況に合わせた実習の配慮事項	
5. 困難を感じたことと等、今後の課題	
6. 実習協力者の担当介護支援専門員への対応	
7. 実習指導者の同席の有無	【 有 ・ 無 】
8. 実習指導者からの助言者等の有無	【 有 ・ 無 】
	有の場合の内容

### アセスメント方式報告書

1. 使用したアセスメント方式	
2. 選定理由	
3. アセスメント方式に関する事前学習の状況	
4. アセスメントを実施した感想	



## 5. アセスメントに関する項目

作成者氏名( ) ( )班

項目	状況
健康状態	
本人のADL	
本人のIADL	
認知	
コミュニケーション	
社会との関わり	
排尿・排便	
褥瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
認知症の行動・心理症状(BPSD)	
介護力	
居住環境	
特別の状況	

## 6. 社会資源調査票

No.1

作成者氏名(

)

)班

地域の特徴

--	--

居宅介護サービスの状況

サービスの種類	事業所名	特徴
訪問介護		
訪問看護		
通所介護		
訪問入浴介護		
福祉用具貸与		

リハビリテーションサービスの状況

サービス種類		
訪問リハビリテーション		
通所リハビリテーション		
医療機関等 (通院型・入院入所型)		

医療機関等の状況

(訪問診療)	
(その他)	

※ 利用者(実習協力者)の近隣の社会資源を調査する



## 入所型介護サービスの状況

サービスの種類	事業所名	特徴
短期入所系		
(その他)		

## その他のサービスのボランティア活動の状況

(自治体サービス)		
(有料サービス)		
(ボランティア活動)		
日常品の購入等		

(福祉用具等販売店)	
(住宅改修実施工務店)	
(その他日用品)	

## 介護支援専門員の支援機関

--	--

## 近隣との関係・地域との交流

--	--

## 相談機関その他

--	--

## 7. ICF思考による情報整理シート

A3サイズで作成すること

作成者氏名( )

( )班

利用者・  
家族の意  
向

利用者・家族の望む暮らし

利用者氏名

健康状態【病名・症状、服薬内容、既往歴、主治医、受診行動など】

利用者の現在の生活機能

利用者の  
現在の状  
況

【心身機能・身体構造の状況】  
睡眠、栄養・水分、視聴覚・痛み、口腔、排尿・排便、筋力、全身持久力、精神面など

【活動の状況】立ち座り・浴槽のまたぎなどの起居動作、移動、運搬動作、洗髪・洗身、爪切り・耳掃除、下着・衣類の着脱、買い物、金銭管理、簡単な調理、掃除、整理整頓、洗濯、服薬管理

【参加の状況】外出先の有無、趣味活動、友人・親戚の交流、地域の居場所、日中の活動の有無、その他

健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？

背景因子(環境因子、個人因子)は生活機能にどのような影響をあたえているか

【環境因子】

【家族構成及び家族の健康状態、家族・親戚とのつながり、経済状況、住環境(立地状況)、交通機関へのアクセス、よく利用していた社会資源、福祉用具・自助具、医療・保健・福祉サービス、友人の家までの距離、その他】

【個人因子】

【年齢、生育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、職歴、その他】

現状が続くことで予測されるリスクは何か？(防べきこと)

【環境】

【個人】

介護支援等  
専門家等  
による情  
報整理・分  
析

状況を改善するための促進因子は何か？

【環境】

【個人】

生活全般の解決すべき課題(ニーズ) (長期目標)

(短期目標)

解決すべき課題の  
明確化と設  
定



作成者 \_\_\_\_\_ ( )班 \_\_\_\_\_

第1表

### 9.居宅(施設)サービス計画書(1)

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 住所 \_\_\_\_\_

サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

サービス計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回サービス計画作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

要介護状態区分 \_\_\_\_\_ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型の算定理由 1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他 ( )

### 10.居宅(施設)サービス計画書(2)

第2表  
 利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当核サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

11.週間サービス計画表(3)

作成者氏名

( )班

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

作成年月日

年 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	0:00								

週単位以外のサービス	-----
------------	-------



13. 給付管理業務に関する実習報告書

作成者氏名( ) ( )班

<p>介護報酬のしくみの理解</p>	
<p>支給区分限度額のしくみの理解</p>	
<p>利用者への利用票の説明と同意 【第6表、第7表の意味の理解】</p>	
<p>給付管理票のもつ意味の理解</p>	
<p>給付管理業務とモニタリングの関連性の理解</p>	



### 14. 見学・観察実習報告書(受講者用)

項目	内容
受講者名と情報	受講者氏名( ) ( )班 昼間連絡がつく電話番号( )
プロセス場面	<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 ※見学・観察したプロセスに☑を挿入
見学・観察実習 プロセスの自己目標 (※1事前に作成してください)	※1上記☑プロセスごとに、自己目標を記入
見学・観察実習事業 所名サービス種別	
	【連絡先 TEL                      FAX                      】
見学・観察実習日	令和      年      月      日(      曜日) 時間      時      ~      時
主任介護支援専門員名	
見学・観察内容	
気づき及び 自己評価総評	

## 15. 実習総合報告書

作成者氏名(

)(

)班

項目	内容
実習期間を通して、気づいた要介護高齢者等の生活環境	
見学実習での気づき	
実習全体を通じて感じた倫理的な課題	
後期研修学習目標	