

---

実習資料

---

# 介護支援専門員実務研修

---

受験番号		氏名	
実習振り返り 受講日程	A日程（2／20 午前）・ B日程（2／20 午後）		

社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会

# 介護支援専門員実務研修ケアプラン作成実習・見学実習実施要領

## 1 目的

受講者が、課題分析表、居宅サービス計画等の原案作成を体験及び修得するとともに、多様な高齢者の生活像を理解し、実習結果及び具体的な疑問等を後期課程の課題とすることを目的に実施します。

## 2 実施内容・方法

### (1) 実習協力者への依頼

#### ケアプラン作成実習

実習先の指導者から実習協力者（要介護1以上）を1名紹介してもらいます。なお、事前に依頼する際、実習協力者本人から「実習承諾書」（本資料p.5）より同意を必ず得てください。（協力者本人の記載が困難な場合は、家族や指導者でも可）。※実習承諾書はコピーを取り、原本を協力者に渡してください。

#### 見学実習

実習先の指導者に同行し実習協力者（要介護1以上）の居宅訪問等をする前に、実習協力者本人から「実習承諾書」（本資料p.6～7）より同意を必ず得てください。

※実習承諾書は実習協力者1名につき1枚使用の上、コピーを取り原本を協力者に渡してください。

### (2) 「実習資料」の作成

実習資料を作成するにあたり、以下の点に留意してください。

#### ①「社会資源調査票」※自宅作成

第9章「地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化及び地域の社会資源」の内容を踏まえて、あらかじめ実習開始前に実習協力者を取り巻く地域の中で、活用可能な社会資源の状況を把握するために作成する。

#### ②「実習協力者面接報告書」※自宅作成

実習を行うために配慮したことや気付いたことを整理して、今後の心構えや姿勢に役立てるために作成する。

#### ③「課題分析標準項目（基本情報に関する項目・アセスメントに関する項目）」※実習中作成

第7章②「アセスメント及びニーズ把握の方法」の内容を踏まえて作成する。

#### ④「ICF思考による情報整理・分析シート」※自宅作成

第7章②「アセスメント及びニーズ把握の方法」の内容を踏まえて、課題分析標準項目を元に作成する。

#### ⑤「課題整理総括表」※自宅作成

第7章②「アセスメント及びニーズ把握の方法」の内容を踏まえて作成する。

#### ⑥「居宅サービス計画書等（第1表～第3表）」※自宅作成

第7章③「居宅サービス計画等の作成」の内容を踏まえて作成する。

#### ⑦「サービス利用票・別表（第6表・第7表）」※実習中作成

実習の中で給付管理業務に関して学び、作成する。（※実習先の給付管理ソフトから印刷し、個人情報をマスキングしたものも可。）

#### ⑧「給付管理業務に関する実習報告書」※実習中作成

実習の中で給付管理業務に関して学び、作成する。

#### ⑨「【第14章 実習振り返り】演習①説明シート」※自宅作成

【第14章 実習振り返り】の演習の中でケアプラン作成実習事例の説明があるため、準備として作成する。

#### ⑩「ケアプラン作成実習自己評価表」※自宅作成

ケアプラン作成実習の資料を全て作成後、自己評価をする。

#### ⑪「見学実習報告書・実習記録用紙」※自宅作成

見学実習報告書：見学実習終了日ごとに学んだことや気付いたことを整理し、作成する。

実習記録用紙：実習日ごとに見学実習前に自己目標等基本情報を記入し、実習終了後実習指導者に提出する。実習指導者は全ての実習が終了した後に、実習記録用紙を徳島県社会福祉協議会事務局まで送付する。

#### ⑫「実習総合報告書」※自宅作成

実習を通して前期課程で学んだ内容を振り返るとともに、後期課程の学習目標を明確にして学習効果を高めるために、実習終了後に作成する。

### 3 作成上の留意点

- (1) 実習中、知り得た実習協力者の個人情報等の厳守については、受講者の責任において万全を期すようしてください。また、個人が特定される情報（氏名や事業所名等）についてはアルファベット(Aさん、B事業所等※イニシャル表記不可)で記載してください。
- (2) ③、⑦、⑧以外の実習資料については原則自宅で作成してください。（実習先では見学実習が主となります）。
- (3) 提出締切日までに資料の提出がない場合、または資料に明らかな不備がある場合は、実習未修了扱いとなりますのでご注意ください。
- (4) 具体的な実習実施に関する留意点については、「実習オリエンテーション」にて説明します。

### 4 提出手順・提出手順・期日

- (1) 提出手順 ※本資料 p. 4 「提出物チェックシート」をご参考ください。
  - ・実習資料①～⑫（「実習記録用紙」は実習先へ提出のため県社協へは提出不要）
  - ・アンケート(本資料 p. 4「提出物チェックシート」の二次元コードまたは URL より回答ください。)
- (2) 提出手順

課題提出用フォームでの提出方法

①右記 URL に接続 **<http://bit.ly/3T3UD2Y>**

②表示された課題提出用フォームに必要事項を入力

姓、名／事業所名（勤務先）／メールアドレス／提出課題（【参照】をクリックし、貼付）

③【確認】→【回答】をクリックし、提出完了

a. 手書きで作成した場合

スキャナーで PDF データにしたものをお送りいただきます。

※文字が不明瞭な場合は再提出を求める場合があります。

※携帯電話やデジタルカメラで撮影した画像は不可とします。

b. 様式データに直接入力した場合

入力済みのデータをお送りいただきます。

郵送での提出方法 ※「7 提出手順」の宛先にお送りください。

原本を提出していただきます。（必ずコピーをとっておいてください。）

持参での提出方法 ※「7 提出手順」までご持参ください。

原本を提出していただきます。（必ずコピーをとっておいてください。）

- (3) 提出手順

令和8年2月17日（火）必着

### 5 第9回【第14章実習振り返り】（2／20（金））に持ってくる物

- (1) 実習資料①～⑫のコピー 1部（受講者自身用）
- (2) 実習資料⑨のコピー 7部（講師・グループ用）
- (3) 介護支援専門員実務研修テキスト一式

### 6 実習資料様式ダウンロード方法

- (1) 徳島県社会福祉協議会ホームページ（様式・資料ダウンロードページ）

URL : <https://fukushi-tokushima.or.jp/kenshu/download/>

### 7 提出手順

〒770-0943 徳島市中昭和町1丁目2 県立総合福祉センター3階

徳島県社会福祉協議会 福祉人材センター 人材育成支援担当（鍋島・松本）

TEL : 088-654-8383 E-mail : [caremanager3@tokushakyo.jp](mailto:caremanager3@tokushakyo.jp)

【受付時間】月曜日～金曜日 8:30～17:15（土・日・祝祭日は休み）

## 記載方法参照一覧

テキスト  
(参考)

①社会資源調査票	別紙 1頁～
②実習協力者面接報告書	別紙 3頁～
③課題分析標準項目 (基本情報に関する項目・アセスメントに関する項目)	上巻 268頁～ 下巻 32頁～
④ICF思考による情報整理・分析シート	上巻 306頁～ 下巻 36頁～
⑤課題整理総括表	上巻 322頁～ 下巻 38頁～
⑥居宅サービス計画書等(第1表～第3表)	上巻 332頁～ 下巻 42頁～
⑦サービス利用票・別表(第6表・第7表)	下巻 47頁～
⑧給付管理業務に関する実習報告書	別紙 4頁～
⑨【第14章 実習振り返り】演習①説明シート	別紙 5頁～

※なお、具体的な記載例につきましては、各章(第15章②～第16章)の事例をご参照ください。

## 実習終了後（「実習振り返り」受講前） 提出物チェックシート

実習で作成した下記①～⑫の資料を2月17日（火）までに提出してください。

提出前に不足資料がないかチェックボックスに「レ点」を付けて確認してください。

△記載内容に個人情報が含まれていないか、最終チェックをしてから提出してください。

氏名・事業所名等についてはアルファベット（イニシャル表記不可）を用いて記載し、個人が特定されないよう配慮してください。

- ① 社会資源調査票……………P.8～9
- ② 実習協力者面接報告書……………P.10
- ③ 課題分析標準項目（基本情報・アセスメント）……………P.11～12
- ④ I C F 思考による情報整理・分析シート……………P.13
- ⑤ 課題整理総括表……………P.14
- ⑥ 居宅サービス計画書等（第1表～第3表）……………P.15～17
- ⑦ サービス利用票・別表（第6表・第7表）……………P.18～19
- ⑧ 納付管理業務に関する実習報告書……………P.20
- ⑨ 【第14章実習振り返り】演習①説明シート……………P.21
- ⑩ ケアプラン作成実習自己評価表……………P.22
- ⑪ 見学実習報告書……………P.23～26
- ⑫ 実習総合報告書……………P.31
- ★ アンケート回答（下記二次元コードまたはURLから回答してください。）



<https://x.gd/JfFhS>

※「実習記録用紙（実習受入事業所用）」は、各実習日終了後に事業所の指導担当の方へ提出してください。すべての実習日程終了後に、指導担当の方から徳島県社会福祉協議会へご提出いただきます。

## 介護支援専門員実務研修 「実習承諾書」

私は、実習生のが、介護支援専門員実務研修の実習として、下記の「誓約書」にもとづき、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。

- 課題分析標準項目(基本情報・アセスメント)      情報整理・分析シート  
課題整理総括表      居宅サービス計画書      週間サービス計画表

年    月    日

(協力者)住 所

氏 名

### 誓 約 書

私は、介護支援専門員実務研修の実習を                        さんに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(模擬)の作成が目的ですので、それと関係ないことは伺いません。
2. 実習で知った情報は、研修以外の目的には使用いたしません。また、研修以外の場で漏らしません。
3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う実習振り返りに必要な実習資料には個人名や個人がわかるることは記載しません。
4. 実習振り返りにおいても個人名等は言いません。
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伺いません。
6. 実習中はもちろん、実習後においても、あなたの不利益になることはいたしません。

年    月    日

(実習者)住 所

氏 名

## 介護支援専門員実務研修 「 実 習 承 諾 書 」

私は、実習生のが、介護支援専門員実務研修の実習として、同席することを承諾します。

年　月　日

(協力者)住 所

氏 名

### 誓 約 書

私は、介護支援専門員実務研修の実習を                さんに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. 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しません。
2. 実習振り返りにおいても個人名等は言いません。
3. 実習中はもちろん、実習後においても、あなたの不利益になることはいたしません。
4. 実習期間中は、実習時間内外を問わず感染症対策を徹底し、指導者の指示に従います。

年　月　日

(実習者)住 所

氏 名

## 介護支援専門員実務研修 「 実 習 承 諾 書 」

私は、実習生のが、介護支援専門員実務研修の実習として、同席することを承諾します。

年　月　日

(協力者)住 所

氏 名

### 誓 約 書

私は、介護支援専門員実務研修の実習を                さんに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. 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しません。
2. 実習振り返りにおいても個人名等は言いません。
3. 実習中はもちろん、実習後においても、あなたの不利益になることはいたしません。
4. 実習期間中は、実習時間内外を問わず感染症対策を徹底し、指導者の指示に従います。

年　月　日

(実習者)住 所

氏 名

## ○社会資源調査票（事業所名はアルファベットで記入すること。（※イニシャル表記不可）地域にサービスが無い場合はその旨を必ず記入すること。）

地域の特徴(地名はアルファベットで記入すること。※イニシャル表記不可)

## 居宅介護サービスの状況

サービス種類	事業所名 (アルファベット※イニシャル表記不可)	特徴
訪問介護		
訪問看護		
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護		
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	事業所名 (アルファベット※イニシャル表記不可)	特徴
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(アルファベット※イニシャル表記不可)		
(訪問医療)		
(その他)		
入所型介護サービスの状況		
サービス種類	事業所名 (アルファベット※イニシャル表記不可)	特徴
短期入所系		
(その他の入所型介護サービス)		
その他のサービス(自治体・有料)や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)		
日用品の購入等		
(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		

## 実習協力者面接報告書

受験番号・氏名	
面接を実施した年月日 及び時間	年　月　日(　)　：　～　： (約　分間)
家族の同席の有無	【 有　無 】
実習協力者の状況に 合わせた実習の配慮事項	
困難を感じたこと等、 今後の課題	
実習指導者の同席の有無	【 有　無 】
実習指導者からの 助言等の有無	【 有　無 】 有の場合の内容

## 課題分析標準項目(基本情報に関する項目)

受験番号・氏名〔〕

利用者氏名 (アルファベット※イニシャル不可)		性別		生年月日	年　月　日(　歳)	
住所				電話番号		
主訴・意向	【相談内容】					
	【本人・家族の主訴】					
生活歴・生活状況	【生活歴】			【家族状況】□:男性 ○:女性 *数字は年齢		
病歴	【経過・病歴等】			【かかりつけ医】  【内服薬】		
障害高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医	主治医意見書	認知症高齢者の日常生活自立度		かかりつけ医	主治医意見書
	介護支援専門員	初回アセスメント			介護支援専門員	初回アセスメント
社会保障制度の利用情報等	介護保険			家屋状況		
	年金					
	医療保険					
	生活保護	有	・ 無			
	障害福祉	手帳:有( )	・無			
	自治体サービス	有( )	・無			
生活支援サービス						
現在利用している支援や社会資源の状況						
計画作成状況	初回 ・ 初回以外					
課題分析理由						

## 課題分析標準項目(アセスメントに関する項目)

健康状態	現病名 受診 服薬 麻痺 拘縮 身長
ADL	食事 排泄 入浴 更衣 整容 移乗 移動
IADL	調理 洗濯 買物 掃除 金銭管理
認知機能や判断能力	
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	
生活リズム	
排泄の状況	
清潔の保持に関する状況	
口腔内の状況	
食事摂取の状況	
社会との関わり	
家族等の状況	
居住環境	
その他留意すべき事項・状況	

## ICF思考による情報整理・分析シート

受験番号・氏名			利用者氏名 (アルファベット※イニシャル不可)						
利用者・家族の意向	利用者・家族の望む暮らし								
利用者の現在の状況	健康状態 【病名・症状、服薬内容、既往歴、主治医、受診行動 など】								
	<p><b>利用者の現在の生活機能</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">【心身機能・身体構造の状況】 睡眠の内容(不眠、中途覚醒、服薬の有無)、栄養(増加・減少、嗜好、水分摂取状況)、視覚、聴覚、痛みと日常生活の支障の程度、口腔機能と衛生、排尿・排便障害、筋力、全身持久力、精神面(抑うつ、認知機能)、その他</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">【活動の状況】 コミュニケーション、立ち座り・浴槽のまたぎなどの起居動作、移動(屋内、屋外歩行)、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、その他</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">【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</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>				【心身機能・身体構造の状況】 睡眠の内容(不眠、中途覚醒、服薬の有無)、栄養(増加・減少、嗜好、水分摂取状況)、視覚、聴覚、痛みと日常生活の支障の程度、口腔機能と衛生、排尿・排便障害、筋力、全身持久力、精神面(抑うつ、認知機能)、その他	【活動の状況】 コミュニケーション、立ち座り・浴槽のまたぎなどの起居動作、移動(屋内、屋外歩行)、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、その他	【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		
【心身機能・身体構造の状況】 睡眠の内容(不眠、中途覚醒、服薬の有無)、栄養(増加・減少、嗜好、水分摂取状況)、視覚、聴覚、痛みと日常生活の支障の程度、口腔機能と衛生、排尿・排便障害、筋力、全身持久力、精神面(抑うつ、認知機能)、その他	【活動の状況】 コミュニケーション、立ち座り・浴槽のまたぎなどの起居動作、移動(屋内、屋外歩行)、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、その他	【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							
介護支援専門員等による情報整理・分析	健康状態は生活機能にどのような影響を与えているか？								
	<p><b>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与えているか？</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【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</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【個人因子】 年齢、成育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、職歴、その他</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>				【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、成育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、職歴、その他			
【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、成育歴、趣味・嗜好、性格、価値観、職歴、その他								
解決すべき課題の明確化と目標の設定	現状が続くことで予測されるリスクは何か？(防ぐべきこと)								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【環境】</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【個人】</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>				【環境】	【個人】			
	【環境】	【個人】							
<p>状況を改善するための促進因子は何か？</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【環境】</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">【個人】</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>				【環境】	【個人】				
【環境】	【個人】								
解決すべき課題の明確化と目標の設定	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	【長期目標】	【短期目標】						

課題整理總括表

利用者氏名 (アルファベット※イニシャル不可)

四

号番驗受

作成日

名氏

※1 本書式は経活表であり、アセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※5 「要因」および「改善／維持の可能性」を踏まえ、「要因を解決するための措置内容」と、「提供されることによって男込まれる後の状況」を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要なが本計画期間に取り上げる事実を記載する。選択肢に○印を記入。

「これが困難な課題に」=「」印を記入。

4 今回の認定は、有効期間における状況の改善／維持／悪化の可能性について、専門家による判断として異邦脳に印を記入する。

## 居宅サービス計画書(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(アルファベット&イニシャル不可)	受験番号・氏名	誕生日	生年月日	年 月 日	住所
居宅サービス計画作成者・事業所名及び所在地 ○○ 事業所(記入不要)					
居宅サービス計画作成(変更)日	年 月 日	初回居宅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、疾患等 3. その他( )				

第2表

## 居宅サービス計画書(2)

利用者名(アルファベット※イニシャル不可)

殿

作成年月日 年 月 日

生活全般の解決すべき課題(二一ズ)	目 標			サー ビス 内 容	援 助 内 容			
	長期目標	(期間)	短期目標		※1 サービス種別	※2	頻 度	期 間

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## 週間サービス計画表

利用者名(アルファベット※イニシャル不可)

段

作成年月日 年 月 日

	0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2:00								
	4:00								
	6:00								
早朝									
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後									
	16:00								
	18:00								
夜間									
	20:00								
	22:00								
深夜									
	24:00								

週単位以外  
のサービス

※手書きでなく、実習先の給付管理ソフトから印刷したものでも可。ただし個人情報のマスクシングが必要。

第6表

## 年月分 サービス利用票（兼居宅サービス計画）

受験番号 氏名

認定済・申請中

居宅介護支援事業所→利用者

※手書きではなく、実習先の給付管理ソフトから印刷したものでも可。ただし個人情報のマスキングが必要。

第7表

## チケット別利用バス

## 給付管理業務に関する実習報告書

受験番号・氏名〔〕

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

## 【第14章 実習振り返り】演習①説明シート

受験番号・氏名〔〕

利用者の概況	
日常生活上の困りごとと背景・要因	
できていること・していること	
利用者・家族の望む暮らし	
現状が続くことで予測されるリスク	
状況を改善するための促進因子	
解決すべき課題	
ケアマネジメント実践実習で普通にできたこと(○)、難しいと感じたこと(▲)	

## ケアプラン作成実習自己評価表

NO.	評価項目	自己評価				
		1	2	3	4	5
①	実習協力者の居宅を訪問する前に事前情報の収集はできたか					
②	実習協力者に実習の目的や内容を説明し、居宅での面接で実習協力者に快くお話をいただくことができたか					
③	居宅での面接で、実習協力者から必要な情報を得ることができたか					
④	課題分析に関する項目を作成することができたか					
⑤	ジェノグラムを作成することができたか					
⑥	ICF 思考による情報整理・分析シートを作成することができたか					
⑦	課題整理総括表を作成することができたか					
⑧	社会資源調査票を作成することができたか					
⑨	居宅サービス計画書(1)を作成することができたか					
⑩	居宅サービス計画書(2)を作成することができたか					
⑪	週間サービス計画表を作成することができたか					
⑫	給付管理業務の概要が理解できたか					

※ 1：できなかった 2：あまりできなかった 3：どちらともいえない  
 4：何とかできた 5：的確にできた

## 見学実習報告書

- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

受験番号・氏名〔〕

プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント (約 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング (約 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング (約 分)  <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議 (約 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理 (約 分)  ※見学したプロセスに□を挿入
見学実習日 (1日の時間を御記入ください)	令和 年 月 日 (曜日) [ 日目] 時間 : ~ :
見学実習担当者 主任介護支援専門員名	
事前情報の内容	
見学内容	
協力者宅への訪問見学の場合には、協力者の生活環境を記入	
気づき・自己評価	
指導者からのコメント	

## 見学実習報告書

- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

受験番号・氏名〔〕

プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント (約 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング (約 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング (約 分)  <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議 (約 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理 (約 分)  ※見学したプロセスに□を挿入
見学実習日 (1日の時間を御記入ください)	令和 年 月 日 (曜日) [日目] 時間 : ~ :
見学実習担当者 主任介護支援専門員名	
事前情報の内容	
見学内容	
協力者宅への訪問見学の場合には、協力者の生活環境を記入	
気づき・自己評価	
指導者からのコメント	

## 見学実習報告書

- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

受験番号・氏名〔〕

プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント (約 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング (約 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング (約 分)  <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議 (約 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理 (約 分)  ※見学したプロセスに□を挿入
見学実習日 (1日の時間を御記入ください)	令和 年 月 日 (曜日) [ 日目] 時間 : ~ :
見学実習担当者 主任介護支援専門員名	
事前情報の内容	
見学内容	
協力者宅への訪問見学の場合には、協力者の生活環境を記入	
気づき・自己評価	
指導者からのコメント	

## 見学実習報告書

- ※ 実習日毎に作成してください。  
※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

受験番号・氏名〔〕

プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント (約 分)	<input type="checkbox"/> ②プランニング (約 分)	<input type="checkbox"/> ③モニタリング (約 分)
	<input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議 (約 分)	<input type="checkbox"/> ⑤給付管理 (約 分)	
※見学したプロセスに□を挿入			
見学実習日 (1日の時間を御記入ください)	令和 年 月 日 (曜日) [日目] 時間 : ~ :		
見学実習担当者 主任介護支援専門員名			
事前情報の内容			
見学内容			
協力者宅への訪問見学の場合には、協力者の生活環境を記入			
気づき・自己評価			
指導者からのコメント			

## 実習記録用紙（実習受入事業所用）

- ※ 実習指導者は色部分のみ記載ください。評価ポイント欄に  または  を記載ください。評価ポイントは数字が大きいほど課題があります。
- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

実習者名							
プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント( 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング( 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング( 分) <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議( 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理( 分)						
	※ 見学するプロセスに <input checked="" type="checkbox"/> を挿入						
見学実習 各プロセスの自己目標 ※見学前に作成	※ 上記 <input checked="" type="checkbox"/> プロセスごとに、自己目標を記入						
見学実習事業所名							
見学実習日 (1日の実習時間を御記入ください)	年	月	日 (曜日)	[ 日目]			
見学実習担当者 主任介護支援専門員名							

評価項目	定義	ウェイト	評価ポイント					計
			0	1	2	3	4	
プロセス能力	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取れたか	7					/28
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3					/12
	運営協力	実習内容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	実習指導者の業務内容の見学に興味はあったか(ケアマネジメントに対する熱意など)	4					/16
	規則遵守	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度など)	2					/8

0=課題なし 1=ほぼ課題なし 2=気になる課題が数個あり

3=課題の無い状況が半分 4=早急に課題を認識し改善が必要

※点数が低いほど評価が高い。

## 実習記録用紙（実習受入事業所用）

- ※ 実習指導者は色部分のみ記載ください。評価ポイント欄に  または  を記載ください。評価ポイントは数字が大きいほど課題があります。
- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

実習者名							
プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント( 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング( 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング( 分) <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議( 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理( 分)						
	※ 見学するプロセスに <input checked="" type="checkbox"/> を挿入						
見学実習 各プロセスの自己目標 ※見学前に作成	※ 上記 <input checked="" type="checkbox"/> プロセスごとに、自己目標を記入						
見学実習事業所名							
見学実習日 (1日の実習時間を御記入ください)	年	月	日 (曜日)	[ 日目]			
見学実習担当者 主任介護支援専門員名							

評価項目	定義	ウェイト	評価ポイント					計
			0	1	2	3	4	
プロセス能力	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取れたか	7					/28
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3					/12
	運営協力	実習内容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	実習指導者の業務内容の見学に興味はあったか(ケアマネジメントに対する熱意など)	4					/16
	規則遵守	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度など)	2					/8

0=課題なし 1=ほぼ課題なし 2=気になる課題が数個あり

3=課題の無い状況が半分 4=早急に課題を認識し改善が必要

※点数が低いほど評価が高い。

## 実習記録用紙（実習受入事業所用）

- ※ 実習指導者は色部分のみ記載ください。評価ポイント欄に  または  を記載ください。評価ポイントは数字が大きいほど課題があります。
- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

実習者名							
プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント( 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング( 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング( 分) <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議( 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理( 分)						
	※ 見学するプロセスに <input checked="" type="checkbox"/> を挿入						
見学実習 各プロセスの自己目標 ※見学前に作成	※ 上記 <input checked="" type="checkbox"/> プロセスごとに、自己目標を記入						
見学実習事業所名							
見学実習日 (1日の実習時間を御記入ください)	年	月	日 (曜日)	[ 日目]			
見学実習担当者 主任介護支援専門員名							

評価項目	定義	ウェイト	評価ポイント					計
			0	1	2	3	4	
プロセス能力	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取れたか	7					/28
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3					/12
	運営協力	実習内容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	実習指導者の業務内容の見学に興味はあったか(ケアマネジメントに対する熱意など)	4					/16
	規則遵守	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度など)	2					/8

0=課題なし 1=ほぼ課題なし 2=気になる課題が数個あり

3=課題の無い状況が半分 4=早急に課題を認識し改善が必要

※点数が低いほど評価が高い。

## 実習記録用紙（実習受入事業所用）

- ※ 実習指導者は色部分のみ記載ください。評価ポイント欄に  または  を記載ください。評価ポイントは数字が大きいほど課題があります。
- ※ 実習日毎に作成してください。
- ※ 足りない場合はコピーして御利用ください。

実習者名							
プロセス場面	<input type="checkbox"/> ①アセスメント( 分) <input type="checkbox"/> ②プランニング( 分) <input type="checkbox"/> ③モニタリング( 分) <input type="checkbox"/> ④サービス担当者会議( 分) <input type="checkbox"/> ⑤給付管理( 分)						
	※ 見学するプロセスに <input checked="" type="checkbox"/> を挿入						
見学実習 各プロセスの自己目標 ※見学前に作成	※ 上記 <input checked="" type="checkbox"/> プロセスごとに、自己目標を記入						
見学実習事業所名							
見学実習日 (1日の実習時間を御記入ください)	年	月	日 (曜日)	[ 日目]			
見学実習担当者 主任介護支援専門員名							

評価項目	定義	ウェイト	評価ポイント					計
			0	1	2	3	4	
プロセス能力	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取れたか	7					/28
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3					/12
	運営協力	実習内容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	実習指導者の業務内容の見学に興味はあったか(ケアマネジメントに対する熱意など)	4					/16
	規則遵守	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度など)	2					/8

0=課題なし 1=ほぼ課題なし 2=気になる課題が数個あり

3=課題の無い状況が半分 4=早急に課題を認識し改善が必要

※点数が低いほど評価が高い。

## 実習総合報告書

受験番号・氏名〔〕

項目	内容
ケアプラン作成実習 での気づき	
見学実習での気づき	
実習全体を通じて感じた 倫理的課題	
後期課程学習目標	

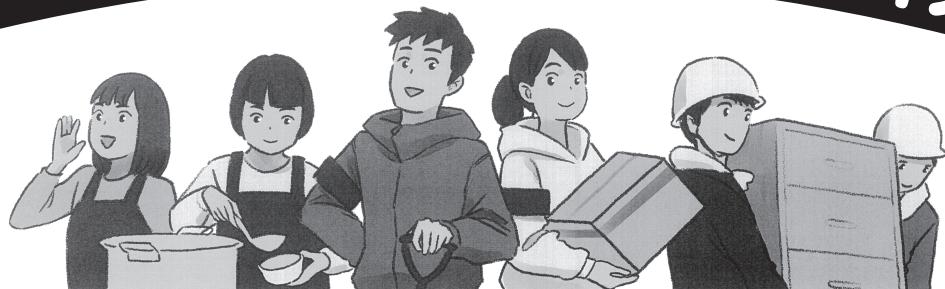
令和7年度

<https://www.fukushihoken.co.jp>

ふくしの保険

検索

# ボランティア活動保険



保険金額・年間保険料（1名あたり） 団体割引20%適用済／過去の損害率による割増適用

保険金の種類	プラン	基本プラン	天災・地震補償プラン
ケガの 補償	死亡保険金	1,040万円	
	後遺障害保険金	1,040万円(限度額)	
	入院保険金日額	6,500円	
	手術保険金	65,000円	
	外来の手術	32,500円	
	通院保険金日額	4,000円	
	地震・噴火・津波による死傷	×	○
賠償責任 の補償	賠償責任保険金 (対人・対物共通)	5億円(限度額)	
年間保険料		350円	500円

商品パンフレットは  
コチラから



( ふくしの保険  
ホームページ )

## ＜重要＞

- ◆ 基本プランでは地震・噴火・津波に起因する死傷は補償されません。
- ◆ 年度途中でご加入される場合も上記の保険料となります。
- ◆ 中途脱退による保険料の返金はありません。
- ◆ 中途でボランティアの入替や、ご加入プランの変更はできません。
- ◆ ご加入は、お1人につきいずれかのプラン1口のみとなります。

## ボランティア行動用保険（傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険）

### 送迎サービス補償（傷害保険）

### 福祉サービス総合補償

（傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険（オプション））

● このご案内は概要を説明したものです。詳細は、「ボランティア活動保険パンフレット」にてご確認ください。●

団体契約者　社会福祉法人 全国社会福祉協議会

取扱代理店 株式会社 福祉保険サービス

〈引受幹事〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F

TEL: 03(3349)5137

TEL: 03(3581)4667

受付時間：平日の9:00～17:00（土日・祝日、年末年始を除きます。）

受付時間：平日の9:30～17:30（土日・祝日、年末年始を除きます。）

この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一緒に結ぶ団体契約です。