令和８年度
介護支援専門員実務研修
実習の手引き

社会福祉法人　鳥取県社会福祉協議会

目次

1　鳥取県介護支援専門員実務研修実習実施要綱　Ｐ１～３

2　鳥取県介護支援専門員実務研修【見学・観察実習】スケジュール　Ｐ４

3　受入事業所・実習指導者

（１）鳥取県介護支援専門員実務研修【実習】について　Ｐ５～７

（２）事務手続き予定表　Ｐ８

（３）実習に係る様式

・様式第１５号　「実習指導者報告書」　（事業所→研修実施機関）　Ｐ９

・様式第１６号　「実習受入依頼書」　（研修実施機関→事業所）　Ｐ１０

・様式第１８号　「実習計画書」　（事業所→研修実施機関）　Ｐ１１

・様式第２０号　「実習記録書」　（事業所→研修実施機関）　Ｐ１２・１３

・様式第２１号　「実習終了報告書」　（事業所→研修実施機関）　Ｐ１４

・様式第２４号　「実習費用送金通知書」　（研修実施機関→事業所）　Ｐ１５

4　実習生

（１）鳥取県介護支援専門員実務研修【実習】について　Ｐ１７～２０

（２）実習に係る様式

・実習提出書類チェック票　Ｐ２１

【模擬ケアプラン作成実習】に係る様式　（実習生→研修実施機関）

・様式第　１号　「実習承諾書及び実習誓約書」　Ｐ２２

・様式第　２号　「実習協力者面接報告書及びアセスメント方式報告書」　Ｐ２３

・様式第　３号　「基本情報に関する項目」　Ｐ２４

・様式第　４号　「アセスメントに関する項目」　Ｐ２５

・様式第　５号　「ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート」　Ｐ２６

・様式第　６号　「課題整理総括表」　Ｐ２７

・様式第　７号　「居宅サービス計画書（１）」　Ｐ２８

・様式第　８号　「居宅サービス計画書（２）」　Ｐ２９

・様式第　９号　「週間サービス計画表」　Ｐ３０

・様式第１０号　「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」　Ｐ３１

・様式第１１号　「給付管理業務に関する実習報告書」　Ｐ３２

・様式第１２号　「社会資源調査票」　Ｐ３３・３４

・様式第１３号　「実習振り返り演習①説明シート」　Ｐ３５

・様式第１４号　「実習自己評価表」　Ｐ３６

【見学・観察実習】に係る様式

・様式第１７号　「実習受入決定通知書」　（研修実施機関→実習生）　Ｐ３７

・様式第１９号　「実習同意書」　（実習生→研修実施機関）　Ｐ３８

・様式第２２号　「実習記録書」　（実習生→研修実施機関）　Ｐ３９

・様式第２３号　「実習終了報告書」　（実習生→研修実施機関）　Ｐ４０

【模擬ケアプラン作成実習】及び【見学・観察実習】に係る様式（実習生→研修実施機関）

・様式第２５号　「実習総合報告書」　Ｐ４１

（３）各様式の記入例　Ｐ４２～４８

鳥取県介護支援専門員実務研修実習実施要綱

1　目的

鳥取県介護支援専門員実務研修受講者（以下、「実習生」という。）に、実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識させることを目的とする。

2　内容・方法

実習生は、以下の２種類の実習を行う。

（１）【模擬ケアプラン作成実習】

実習生が、在宅に居住している要介護２以上の認定を受けた実習協力者を各自で探し、実習協力者の居宅を訪問し、ケアマネジメントプロセスに沿って、居宅サービス計画書等を作成し、研修実施機関に提出する。

（２）【見学・観察実習】

研修実施機関が決定した実習受入事業所の実習指導者と一緒に利用者の居宅訪問等を行い、以下の内容について一連のケアマネジメントプロセスの各場面を見学するとともに高齢者の多様な生活実態を知り、報告書等を作成し、研修実施機関に提出する。

①インテーク
②アセスメントの実施
③居宅サービス計画書の作成
④モニタリング・評価の実施
⑤サービス担当者会議の準備・実施
⑥給付管理業務

※（１）【模擬ケアプラン作成実習】について、実習協力者は基本的には実習生が各自で探すこととし、見つからない場合は、地域包括支援センターまたは【見学・観察実習】の実習受入事業所に相談し、紹介を受けるものとする。実習受入事業所は【見学・観察実習】の指導を担当するのみで、【模擬ケアプラン作成実習】に関する指導は行わない。

3　実習期間

実習期間は、概ね２月～４月とする。

※【見学・観察実習】については、上記の期間のうち概ね３日間。

4　実習生

実習生は、実習の目的、修得目標を理解したうえで、以下の点に留意し実習に臨むこととする。

（1）実習協力者の権利を侵害しないよう適切な配慮を行う。
（2）実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しない。
（3）服装、挨拶等、社会人としての心構え、マナー、接遇等に留意する。
（4）実習期間中の移動費、食費、その他実習に要する費用は、自己負担する。
（5）実習協力者に対して、実習の目的や内容、期間等についての説明を適切に行い、同意を得る。
（6）実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守する。
（7）実習期間中は、実習受入事業所の実習指導者及び研修実施機関の指示に従う。

5　実習受入事業所【見学・観察実習】
（1）実習受入事業所は登録制とし「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録申請書」により県に登録を行う。
（2）実習受入事業所には、主任介護支援専門員資格を有する実習指導者を配置する。
（3）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、管理者を含む事業所全体での協力体制の下、実習を行うことができるよう努める。
（4）実習にあたっては、原則として、実習指導者が責任を持って受講者を指導し、評価するものとする。但し、実習中、実習指導者が適切と判断した場合は、予め実習の指導の視点等について伝達したうえで、実習指導者の助言に基づき、事業所内の現任の介護支援専門員が指導することができる。
（5）実習協力者に対し、実習の目的や内容、期間等についての説明を適切に行い、同意を得る。
（6）実習協力者及び実習生の権利を侵害しないよう、適切な配慮を行う。
（7）実習生の個人情報について守秘義務を負う。

6　実習指導者【見学・観察実習】
実習指導者は、以下に留意し指導に当たることとする。
（1）実習生が、修得目標に基づき、①インテーク　②アセスメントの実施　③居宅サービス計画書の作成　④モニタリング・評価の実施　⑤サービス担当者会議の準備・実施　⑥給付管理業務　について見学できるよう留意する。
（2）実習生の服装、挨拶等、社会人としての心構え、マナー、接遇等に留意する。
（3）実習生の経験が異なるため、在宅や施設・病院等介護支援専門員が働く現場の違いについて留意する。
（4）実習生に対し、実習の目的、修得目標、修了評価、留意事項等を説明し、実習を行う。
（5）実習生に対し、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習記録書」に基づき、評価を実施する。

７　実習生の割り当て【見学・観察実習】

研修実施機関は、県より実習受入事業所の登録情報の提供を受け、実習生と実習受入事業所の調整を行い、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書」及び「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入決定通知書」により実習先を通知する。

８　日程調整【見学・観察実習】

実習生は７により指定された実習受入事業所の実習指導者と直接連絡を取り、実習の依頼及び受入日程調整を行う。決定後、実習生は「鳥取県介護支援専門員実務研修実習同意書」を研修実施機関に提出し、実習受入事業所は「鳥取県介護支援専門員実務研修実習計画書」を研修実施機関に提出する。

９　実習中に発生した損害

実習期間中における事故に備え、研修実施機関が賠償責任保険に加入する。実習生の過失等により、実習受入事業所または実習協力者及び第三者に損害を与えた場合は、実習生がその損害賠償の責任を負うものとし、その責任の範囲は、研修実施機関が加入する賠償責任保険によるものとする。なお、研修実施機関の加入する賠償責任保険の補償対象外である事故、損害等（災害被災や車両事故等）については、実習生または実習受入事業所において責任を負うものとする。

１０　実習費【見学・観察実習】

研修実施機関は、実習受入事業所及び実習生からの「鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書」により実習の完了を確認した場合には、実習受入事業所に、実習費として実習生１人につき、３，０００円を支払うものとする。

１１　その他【見学・観察実習】

（１）実習受入事業所と研修実施機関は、実習実施に当たって、双方、連携と協力を図り、円滑な実習を行うことができるよう努める。

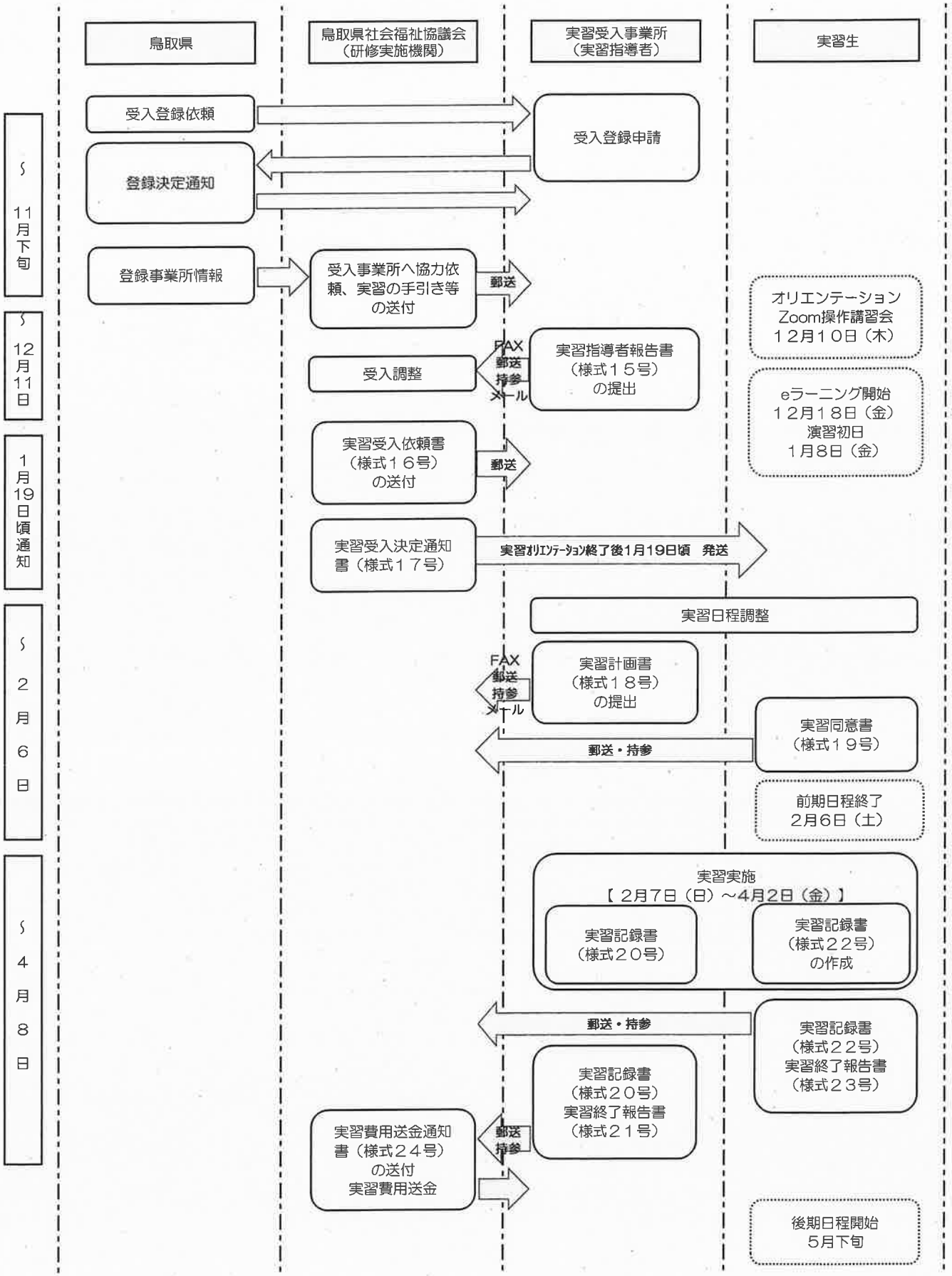
（２）実習の履行に関し、特に定めのない事項の取扱い及び解釈上、疑義が生じた場合の取扱いについては、その都度、実習受入事業所と研修実施機関が協議するものとする。

附　則

１　この要綱は、平成２８年１２月１６日から施行する。

２　平成２９年１２月　６日　一部改正

介護支援専門員実務研修【見学・観察実習】スケジュール



実習受入事業所

実習指導者

受入事業所・実習指導者用

鳥取県介護支援専門員実務研修「実習」について

【模擬ケアプラン作成実習】

実習協力者（在宅に居住している要介護２以上の方）は実習生が各自で探すこととしていますが、見つからない場合は、地域包括支援センターまたは【見学・観察実習】の実習受入事業所に相談をすることとしています。実習生から相談がありましたら、御紹介をお願いいたします。

計画書等の作成については、指導を行わないよう御留意ください。

【見学・観察実習】

1　実習指導者の報告

県に実習受入事業所登録を行った事業所は、実習指導者について「実習指導者報告書（様式第１５号）」を研修実施機関へＦＡＸ・メール・郵送・持参のいずれかの方法で提出してください。

提出期限：令和８年１２月１１日（金）必着

2　実習期間等

≪期間≫令和９年２月７日（日）～令和９年４月２日（金）

≪日数≫上記期間のうち概ね３日間（連続した日程でなくてもかまいません。）

≪時間≫実習受入事業所の指定した時間帯

3　受入実習生の決定

研修実施機関が、実習生と実習受入事業所の調整を行い、調整結果を「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書（様式第１６号）」にて通知します。調整内容に関して、事前に連絡はいたしませんので御了承ください。

調整の結果、受入をお願いする実習生がいない場合も、その旨を記載した文書にて通知します。

4　日程調整

上記の「受入依頼書」と同時期に、実習生へは「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入決定通知書（様式第１７号）」を送付しています。実習生から連絡が入りましたら、日程調整をお願いします。日程は概ね３日間となっておりますが、調整の都合上３日以上にわたることもある旨を伝えてください。

実習時間は事業所による指定時間です。時間に余裕を持ち、実習スケジュールを作成してください。「実習スケジュールの組み立て方（例）」参照

複数の実習生を受け入れる場合、オリエンテーションやサービス担当者会議等への参加など、複数名でまとめて実施できる環境にある場合はまとめて実施しても差し支えありません。利用者宅へ同行訪問などの場合には実習環境に配慮し、実施してください。

日程決定後、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習計画書（様式第１８号）」を研修実施機関へＦＡＸ・メール・郵送・持参のいずれかの方法で提出してください。

提出期限：令和９年２月６日（土）必着

※実習スケジュールの組み立て方（例）

	9:00～	10:30～	13:00～	14:30～	16:00～
１日目	事務所でｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ・ｲﾝﾃｰｸ・ｱｾｽﾒﾝﾄ説明等		訪問前準備	訪問	振り返り
２日目			計画書・担当者会議説明	担当者会議	振り返り
３日目	ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ・給付管理説明	見学・観察実習全体の振り返り			

	9:00～	10:30～	13:00～	14:30～	16:00～
１日目	事務所でｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ・ｲﾝﾃｰｸ・ｱｾｽﾒﾝﾄ説明等				
２日目	訪問前準備	訪問	振り返り		
３日目					
４日目			計画書・担当者会議説明	担当者会議	振り返り
５日目				ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ・給付管理説明	見学・観察実習全体の振り返り

必ずしも3日間連続実施しなくても良い

５　実習前

管理者を含む事業所全体での協力体制の下、実習を行うことができるよう努めてください。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、事業所全体として適切な環境を整えられるよう取り組みをお願いします。

６　実習初日

実習初日は下記の内容等についてのオリエンテーションの実施をお願いします。

①事業所における業務の全体像（業務の流れ、整備している職務上のルール等）

②訪問時のコミュニケーション等に対する留意点

③実習スケジュール確認、実習方法等の説明

④実習目標の確認

⑤個人情報保護

7　実習中

実習は、高齢者の多様な生活の実態を知ることにも重点が置かれていますので、数人の高齢者を選定していただき、できるだけ多くの見学ができるよう、御配慮ください。

実習内容は、「実習記録書（様式第２０号）」の指導内容に基づき、実施をお願いします。実習生は、「実習記録書（様式第２２号）」を作成します。その日のうちに記入するようご指導いただき、記入後、確認をお願いします。記入する際には、個人が特定されないように記入するよう御指導ください。

8　実習最終日

実習最終日は、実習全体を通して感じたことや気づいたことを振り返るとともに、目標に対してどのような成果があったか等の振り返りの実施をお願いします。複数の実習生を受入れている場合は、まとめて実施しても差し支えありません。

実習生が作成する「実習記録書（様式第２２号）」及び「鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書（様式第２３号）」に、空欄がないか必ず御確認いただき、終了報告書の「３．実習指導者コメント」欄に実習生へのコメント、今後の期待等を御記入ください。

9　実習後

すべての日程が終了しましたら「実習記録書（様式第２０号）」に基づき、評価を実施してください。

受入れていただいたすべての実習生の実習が終了しましたら、上記の「実習記録書」と併せて「鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書（様式第２１号）」を研修実施機関へ郵送または持参にて提出してください。（ＦＡＸ・メール不可）

提出期限：令和９年４月８日（木）必着

１０　実習費

実習受入事業所及び実習生からの「報告書」により、実習の完了を確認した後、指定の銀行口座に実習費を振り込みます。（@３,０００円×実習生人数）

１１　日程変更

実習生のやむを得ない事情により変更することとなった場合は、対応できる範囲で日程の再調整をお願いします。

また、実習日に予定していた訪問や会議等が延期となった場合、日程変更することは可能ですが、実習生の都合（仕事等）をご配慮いただき、再調整してください。

変更についての研修実施機関への連絡は必要ありません。

御多用中恐縮に存じますが、後進の育成のため、御理解、御協力をお願いいたします。

事務手続き予定表

	提出期限（時期）　※必着	提出方法	様式番号	様式名
	令和８年１１月下旬 実習受入協力依頼・実習の手引き等送付　(県社協⇒受入事業所)			
★	令和８年１２月１１日（金）	ＦＡＸ 郵送 持参 メール	１５	実習指導者報告書
	↓	受入調整　（県社協）		
	令和９年１月中旬	―	１６	実習受入依頼書
	↓	日程調整　（受入事業所⇔実習生）		
★	令和９年２月６日（土）	ＦＡＸ 郵送 持参 メール	１８	実習計画書
	令和９年２月７日（日） ～ 令和９年４月２日（金）	実習実施　（受入事業所⇔実習生）		
★	令和９年４月８日（木）	郵送 持参	２０	実習記録書
		※ＦＡＸ メール 不可	２１	実習終了報告書
	令和９年４月下旬	―	２４	実習費用送金通知書

★印のある書類を提出期限までに研修実施機関（県社協）へ御提出ください。

実習受入事業所→研修実施機関（県社協）

（様式第１５号）

実習指導者報告書

事業所名				
所在地 連絡先	〒			
	ＴＥＬ		ＦＡＸ	
管理者名	（ふりがな）			
実習指導者名	（ふりがな）			
職員人数	人　（うち、主任介護支援専門員　　人）			
受入可能人数	人			
備考				

鳥取県社会福祉協議会　福祉人材部　橘　行
（ＦＡＸ：０８５７－５９－６３４１）
（Ｅメール：caremane@tottori-wel.or.jp）

令和８年１２月１１日（金）必着

研修実施機関（県社協）→実習受入事業所

（様式第１６号）

鳥社協発第　　号
令和　　年　　月　　日

（登録事業所）代表者　様

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会事務局長
（会印省略）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書

介護支援専門員実務研修実習を下記のとおり受入れていただきたく依頼します。

記

受入人数　＿＿＿名

実習生	フリガナ		受講番号	
	氏　名			
	連絡先	（携帯・自宅）		
	所　属		基礎資格	
	実習期間	令和９年２月７日(日)～令和９年４月２日(金)のうち３日間程度 ※日程は、今後実習生と直接調整してください。		
	備　考			

※実習生へは、令和９年１月１９日（火）研修第３日目「実習オリエンテーション」終了後に「実習受入決定通知書」を郵送します。１月２０日（水）以降、実習生より連絡が入りましたら、日程調整をお願いいたします。
※日程調整が完了次第、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習計画書（様式第１８号）」を、下記研修実施機関へ送付してください。提出期限：令和９年２月６日（土）必着
※実習に係る様式は、鳥取県社会福祉協議会のホームページ「ケアマネ研修」に掲載します。

＜研修実施機関＞
鳥取県社会福祉協議会福祉人材部（担当：橘・居川・山田佑）
〒６８９－０２０１　鳥取市伏野１７２９－５
県立福祉人材研修センター内
電　　話　０８５７－５９－６３３６
ＦＡＸ　０８５７－５９－６３４１
Ｅメール　caremane@tottori-wel.or.jp

実習受入事業所→研修実施機関（県社協）

（様式第１８号）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習計画書

事業所名	

実習生	実習日程（予定）	実習内容
＜受講番号＞	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
＜氏名＞	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
＜受講番号＞	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
＜氏名＞	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７
	月　日（　）	１・２・３・４・５・６・７

※「実習内容」欄には、実施予定の数字に○をしてください。
【１：インテーク　２：アセスメントの実施　３：居宅サービス計画書の作成
４：サービス担当者会議の準備・実施　５：モニタリング　６：給付管理業務　７：その他】

鳥取県社会福祉協議会　福祉人材部　橘　行
（ＦＡＸ：０８５７－５９－６３４１）
（Ｅメール：caremane@tottori-wel.or.jp）

令和９年２月６日（土）必着

実習受入事業所→研修実施機関（県社協）

（様式第２０号）　　No．1

実習記録書

受講番号		実習生名	

1　実施項目

見学場面	指導内容	チェック欄
インテーク	介護保険制度、介護支援専門員の役割、秘密保持、個人情報の取り扱いについて	
	契約書や重要事項説明書の内容について	
	初回面接について	
	契約までの一連の流れについて	
	「居宅サービス計画作成依頼届出書」について	
アセスメントの実施	アセスメントツールについて	
	利用者の状況だけでなく、家族の状況並びに生活全体をみていくことの重要性について	
	「できないこと（できなくなったこと）」だけを見るのではなく、利用者本人の残された力や家族の持っている力も引き出すことの重要性について	
	「ニーズ」には利用者が言葉として訴える「ニーズ」と専門職が判断する「ニーズ」があることについて	
	情報の収集・分析・統合を経て「ニーズ」の抽出を行うことの重要性について	
居宅サービス計画書の作成	「居宅サービス計画書」１表～７表について	
	「居宅サービス計画書」の内容が利用者や家族に、理解しやすく具体的な内容になっていることの重要性について	
	「居宅サービス計画書」にインフォーマル資源を導入する重要性について	
	「居宅サービス計画」とサービス事業者の作成する「個別サービス計画」とは連動することについて	
	医療系サービスを位置づけるにあたって介護支援専門員は必ず主治医より指導、助言を得る必要性があることについて	
サービス担当者会議の準備・実施	会議における介護支援専門員の役割について（日程調整、参加者の招集、当日の司会・進行、会議録作成、照会等）	
モニタリング	モニタリングや再アセスメントのポイントや記録の方法について	
給付管理業務	サービス事業者と提供票のやりとりにより介護支援専門員が実績を確認することについて	
	給付管理業務について	
その他		

（様式第２０号）　　No．２

2　評価

評価項目		定義	評価
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	
	挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声かけは適切か	
	利用者対応	関係性を保ちコミュニケーションが取れたか	
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	
	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）	
	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）	
	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）	

事業所名			
管理者名		実習指導者名	

※記載にあたっての留意事項

１．実施事項
・同行訪問等を通じて、各場面の内容について説明をし、実施した項目に✓印を付けてください。
・項目以外のことで説明等あれば、「その他」へ記入してください。

２．評価
・【　◎　○　△　×　】で評価をお願いします。

実習受入事業所→研修実施機関（県社協）

（様式第２１号）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会事務局長　様

事業所名
代表者氏名　　印

鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書

本事業所において、下記実習生が介護支援専門員実務研修【見学・観察実習】を終了したことを報告いたします。

記

１．実習終了報告

	氏名	実施日・時間	備考
1		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	
2		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	
		月　日（　時間）	

２．実習費振込口座

請求金額	円（@３,０００円×　　名）
振込口座	銀行　　支店 （普通・当座）　口座番号 フリガナ 名　義

※実習生個々の「実習記録書（様式第２０号）」を添付してください。

※提出期限：令和９年４月８日（木）必着

令和９年３月１２日（金）まで（必着）に提出いただきました事業所については、年度内に送金いたします。１３日以降に届いた場合は、４月下旬の送金となりますので御了承ください。

研修実施機関（県社協）→実習受入事業所

（様式第２４号）

事　務　連　絡
令和　　年　　月　　日

（登録事業所）代表者　様

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会事務局長
（会印省略）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習費用送金通知書

本会の事業推進については、日ごろから格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。
介護支援専門員実務研修【見学・観察実習】を実施するにあたり、業務御多忙の折にもかかわらず、御指導いただき誠にありがとうございました。
つきましては、下記により実習費用を送金いたしますので御査収ください。

記

１　受入修了人数　　＿＿＿名

２　実 習 費 用　　＿＿＿＿＿＿円（@３,０００円×修了人数）

３　費用送金日　　令和　　年　　月　　日

４　送 金 方 法　　貴事業所の指定口座に振込送金

＜研修実施機関＞
鳥取県社会福祉協議会福祉人材部（担当：橘・居川・山田佑）
〒６８９－０２０１　鳥取市伏野１７２９－５
県立福祉人材研修センター内
電　話　０８５７－５９－６３３６
ＦＡＸ　０８５７－５９－６３４１

実　習　生

実習生用

鳥取県介護支援専門員実務研修「実習」について

【模擬ケアプラン作成実習】

1　実習期間
≪期間≫概ね２月～４月
自己学習（使用するアセスメント方式）を含め、早めに計画的に取り組んでください。

2　実習協力者
実習協力者へ、何のための実習で、なぜ協力依頼をするのか、実習で何をするのか、実習の際に守ること等をはっきりと伝え、実習協力者の同意を得てください。同意が得られたら、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習承諾書及び誓約書（様式第１号）」を作成し、１通を実習協力者へ渡してください。
実習協力者宅へ訪問する際は、日数・時間等に配慮し訪問してください。

※グループホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護事業所、連続お泊りデイを利用されている方は、対象外です。

3　作成・提出書類
１９ページの「作成・提出書類一覧」のとおり

【見学・観察実習】

1　実習期間等
≪期間≫令和９年２月７日（日）～令和９年４月２日（金）
≪日数≫上記期間のうち概ね３日間（連続した日程でなくてもかまいません。）
≪時間≫実習受入事業所の指定した時間帯

2　受入事業所の決定
研修実施機関が、実習生と実習受入事業所の調整を行い、調整結果を「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入決定通知書（様式第１７号）」にて通知します。

3　日程調整
上記の「決定通知書」と同時期に、受入事業所へは「鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入依頼書（様式第１６号）」を送付しています。「決定通知書」に記載してある実習指導者へ連絡をし、日程調整をしてください。
日程は概ね３日間となっておりますが、調整の都合上３日以上にわたることもあります。
実習時間は事業所による指定時間です。
「鳥取県介護支援専門員実務研修実習同意書（様式第１９号）」を研修実施機関へ郵送または持参にて提出してください。（ＦＡＸ・メール不可）
提出期限：令和９年２月６日（土）必着

4　実習前

前期の科目で学んだ内容を振り返り、実習における自己目標を決め「鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書（様式第２３号）」の目標欄を記入してください。

実習の目的、目標を理解したうえで、心構えや基本的な振る舞い等について留意し実習に臨んでください。

5　オリエンテーション

実習初日には、下記の内容等について実習指導者に確認したうえで、実習を行ってください。

①事業所における業務の全体像（業務の流れ、整備している職務上のルール等）
②訪問時のコミュニケーション等に対する留意点
③実習スケジュール、実習方法等の確認
④実習目標の確認
⑤個人情報保護

6　実習中

実習中は、受入事業所及び実習指導者の指示に従ってください。

実習内容については、その日のうちに「実習記録書（様式第２２号）」に記録し、実習指導者に確認してもらいます。記入する際には、個人（利用者）が特定されないように記入してください。

7　実習最終日

実習最終日は、実習全体を通して感じたことや気づいたことを振り返るとともに、目標に対してどのような成果があったか等の振り返りを実施します。複数の実習生を受入れている場合は、まとめて実施することもあります。

「実習記録書（様式第２２号）」及び「鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書（様式第２３号）」を作成し、空欄がないか必ず確認してください。最後に終了報告書の「３．実習指導者コメント」欄に実習指導者からのコメントを記入してもらいます。

8　実習後

すべての日程が終了したら、上記の「実習記録書」及び「実習終了報告書」を模擬ケアプラン作成実習の提出書類と併せて研修実施機関へ郵送または持参にて提出してください。（ＦＡＸ・メール不可）

提出期限：令和９年４月８日（木）必着

9　日程変更

自己都合による日程変更は原則変更できないこととしています。やむを得ない事情により実習ができなくなった場合には、受入事業所へ至急連絡してください。受入事業所と相談のうえ、日程の再調整をしてください。

また、受入事業所の都合（予定していた訪問、会議等が延期になった）等により、日程変更する場合があります。

【作成・提出書類について】

２つの実習を通して、下記「１　作成・提出書類一覧」の書類を作成し提出してください。書類作成時は「２　書類作成時の留意事項」、提出時には下記に御留意ください。

＜提出時の留意事項＞
・「提出書類」欄に○印のある書類は講師用として「１部」、◎印のある書類はグループワーク用として４部コピーして研修実施機関へ郵送または持参にて提出。　　＊○と◎の書類は合計５部提出のこと
・片面コピーで様式番号順に揃える。
・「実習提出書類チェック票」を１番前に付け封筒に入れる。
・提出書類は原則お返しないので、必ずコピーを提出。研修終了後、事務局で破棄します。

※提出期限：令和９年４月８日（木）必着

１　作成・提出書類一覧

No.	様式番号	作成書類	様式サイズ	提出書類	
				１部	４部
	【模擬ケアプラン作成実習】				
①	１	実習承諾書及び実習誓約書	Ａ４		
②	２	実習協力者面接報告書及びアセスメント方式報告書	Ａ４	○	
③	―	アセスメントシート　※各自が用意	―	○	
④	３	基本情報に関する項目	Ａ４	○	◎
⑤	４	アセスメントに関する項目	Ａ４	○	◎
⑥	５	ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート	Ａ３	○	◎
⑦	６	課題整理総括表	Ａ３	○	◎
⑧	７	居宅サービス計画書（１）	Ａ４	○	◎
⑨	８	居宅サービス計画書（２）	Ａ４	○	◎
⑩	９	週間サービス計画表	Ａ４	○	
⑪	１０	サービス利用票（兼居宅サービス計画）	Ａ３	○	
⑫	１１	給付管理業務に関する実習報告書	Ａ４	○	
⑬	１２	社会資源調査票	Ａ４	○	
⑭	１３	実習振り返り演習①説明シート	Ａ４	○	◎
⑮	１４	実習自己評価表	Ａ４	○	
	【見学・観察実習】				
①	２２	実習記録書	Ａ４	○	
②	２３	実習終了報告書	Ａ４	○	
	【模擬ケアプラン作成実習】及び【見学・観察実習】				
①	２５	実習総合報告書	Ａ４	○	◎
②	―	研修記録シート「評価」・「振り返り」 「⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」	介護支援専門員オンライン研修システム入力による提出		

※４２ページ以降の記入例及びテキスト・研修で使用した資料を参考に作成してください。
※研修記録シート「評価」・「振り返り」は、「受講直後」にオンライン研修システム入力で提出してください。

2　書類作成時の留意事項

（1）提出書類は、指定様式を使用してください。様式は、研修実施機関のホームページよりダウンロードしてください。ただし、模擬ケアプラン作成実習の③アセスメントシートについては、各自で用意してください。

（2）様式が１ページに収まらない場合は、２ページ等になってもかまいません。

（3）書類作成にあたっては、個人が特定できないよう、下記の例のとおり、プライバシーへの配慮をしたうえで作成してください。

・個人名や住所は、イニシャルを使用せず、アルファベット大文字１文字で記号化する。
・電話番号は、〇〇－××××、１１－１１１１等、分からないよう記号で記載する。
・利用者等の生年月日は、生まれ年のみ記載する。または、基本情報の年齢を記載する。
・個人に関連する市町村名、地区名、家族等の具体的な職業名などにも注意する。
・事業所名や病院名などは、アルファベット大文字１文字で記号化する。
・介護保険をはじめ、社会保険に関わる保険者番号、被保険者番号等は記載しない。

提出にかかる個人情報に関する記載例

項目	留意点（記載例）
氏名	イニシャルを使用せず、アルファベット大文字１文字で記号化。 例）太田さん⇒Ｏさんとはせず、Ａさん、Ｂさんなどと記号化する。
住所	イニシャルを使用せず、アルファベット大文字１文字で記号化。 例）鳥取県倉吉市⇒Ｔ県Ｋ市とはせず、Ａ県Ｂ市などと記号化する。
電話番号	○○○○－○○－○○○○などと分からないよう記号化。
生年月日	生まれ年のみ記載。 例）昭和 20 年 1 月 30 日⇒昭和 20 年
生活歴	本人の支援に直接関係しない事柄は記載しない。 職歴については、公務員、建築関係等、特定できないよう配慮して記載する。
介護保険情報	保険者／被保険者番号は○○○○などとし、数字は記載しない。 要介護状態区分は記載。 有効期間は年月日を記載　例）H27.10.1～H28.3.31
社会保険情報	保険者／被保険者番号は○○○○などとし、数字・カタカナ等は記載しない。 身体障害者手帳等に関しては障害の種類と等級については記載。
事業所・施設・病院等の名称	事業所・施設・病院等の名称は、アルファベット大文字１文字で記号化。 例）Ａデイサービス、Ｂ病院などと記号化する。
担当者等の名前	担当者や主治医の名前はイニシャルを使用せず、アルファベット大文字１文字で記号化。 例）Ａ氏、Ｂ医師などと記号化する。
担当介護支援専門員（研修受講者本人）の名前	受講者氏名はそのまま記載する。

※記号化したアルファベットは、Ａから順に使用してください。

記載漏れや個人情報がアルファベットになっていない場合は、再提出となります。必ず確認し提出してください。

実習提出書類チェック票

提出書類について、チェック欄に✓をつけ、提出書類の不備がないかご確認ください。

作成した書類を提出する際は、太線の枠内を記入しチェック後、この票を１番上に付けて提出してください。

受講番号		氏　名	

No.	様式番号	作成書類	様式ｻｲｽﾞ	提出書類	ﾁｪｯｸ欄
	【模擬ケアプラン作成実習】				
①	1	実習承諾書及び実習誓約書	Ａ４		—
②	2	実習協力者面接報告書及びアセスメント方式報告書	Ａ４	○	
③	—	アセスメントシート　※各自が用意	—	○	
④	3	基本情報に関する項目	Ａ４	○	
⑤	4	アセスメントに関する項目	Ａ４	○	
⑥	5	ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート	**Ａ３**	○	
⑦	6	課題整理総括表	**Ａ３**	○	
⑧	7	居宅サービス計画書（１）	Ａ４	○	
⑨	8	居宅サービス計画書（２）	Ａ４	○	
⑩	9	週間サービス計画表	Ａ４	○	
⑪	１０	サービス利用票（兼居宅サービス計画）	**Ａ３**	○	
⑫	１１	給付管理業務に関する実習報告書	Ａ４	○	
⑬	１２	社会資源調査票	Ａ４	○	
⑭	１３	実習振り返り演習①説明シート	Ａ４	○	
⑮	１４	実習自己評価表	Ａ４	○	
	【見学・観察実習】				
①	２２	実習記録書	Ａ４	○	
②	２３	実習終了報告書	Ａ４	○	
	【模擬ケアプラン作成実習】及び【見学・観察実習】				
①	２５	実習総合報告書	Ａ４	○	
②	—	研修記録シート「評価」・「振り返り」 「⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」	システム入力		

※研修記録シート「評価」・「振り返り」は、「受講直後」にオンライン研修システム入力で提出してください。

実習生⇔実習協力者

（様式第１号）

鳥取県介護支援専門員実務研修【模擬ケアプラン作成実習】
承諾書

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。

○課題分析表
○居宅サービス計画書（模擬ケアプラン）

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署の場合は押印不要

鳥取県介護支援専門員実務研修【模擬ケアプラン作成実習】
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（模擬ケアプラン）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．研修会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。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

令和８年度介護支援専門員実務研修実習生

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署の場合は押印不要

※１通を実習協力者に渡してください。

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第２号）

実習協力者面接報告書及びアセスメント方式報告書

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実習協力者面接報告	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	令和　　年　　月　　日　　：
	３．家族の同席の有無	【　有　・　無　】　（同席者：　　）
	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	
アセスメント方式報告	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等	

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第３号）

基本情報に関する項目

受講番号　　氏名　　令和　年　月　日現在

利用者氏名	※ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ	性別		年齢	歳
主訴	[相談内容] [本人・家族の要望]				
これまでの生活と現在の状況	[生活歴]	[家族状況]□：男性、○：女性　＊数字は年齢			
病歴	[経過・病歴等]	[主治医] [服薬]			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
介護支援専門員からみた現在の自立度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		
認定情報		住宅の見取り図			
課題分析（アセスメント）理由					
利用者の社会保障制度の利用情報等					
現在利用している支援や社会資源					

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第４号）

アセスメントに関する項目

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　令和　　年　　月　　日現在

項　目	状　況
健康状態	
本人の ADL	
本人の IADL	
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	

（様式第5号）

ICF思考による情報整理・分析シート

受講番号　　・　氏名　　・

利用者氏名	

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】

利用者の現在の生活機能

【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

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？

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

[環境因子]	[個人因子]
【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】	【年齢、成育歴、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？（防ぐべきこと）

[環境]	[個人]

状況を改善するための促進因子は何か？

[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）

(様式第6号)

受講番号＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

課題整理総括表

利用者名＿＿＿＿　様

作成日　令和　年　月　日現在

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)			

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化				
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
介護力(家族関係含む)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化				
				改善　維持　悪化				

※1 本書式は総括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。
※2 介護支援専門員が収集したた客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定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、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※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援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)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、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

(様式第７号)

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第　１　表

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＿＿＿＿＿＿様　生年月日　　年　　月　　日　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

居宅サービス計画作成者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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、疾病等　　３．その他（　　）

(様式第８号)

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

第　２　表

居宅サービス計画書(２)

利用者名＿＿＿＿＿＿様　　作成年月日　　年　　月　　日

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　「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

(様式第９号)

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第　３　表

週間サービス計画表

作成年月日　　年　月　日

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿様

年　月分より

		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								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	

実習生→研修実施機関(県社協)

(様式第10号)

受講番号　　氏名

第　6　表

令和　　年　　月分　サービス利用票(兼居宅サービス計画)

認定済　・　申請中

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	年　月　日	利用者確認	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	年　月　日		
生年月日	大・昭・平 年　月　日	性別	男・女	要介護状態区分	1　2　3　4　5	区分支給限度基準額	単位／月	限度額適用期間	令和 年 月から 令和 年 月まで
				変更後要介護状態区分	1　2　3　4　5				前月までの短期入所利用日数　日
				変更日	年　月　日				

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名		月間サービス計画及び実績の記録																															合計回数
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
			曜日																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第１１号）

給付管理業務に関する実習報告書

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護報酬のしくみの理解	
支給区分限度基準額のしくみの理解	
利用者への利用料の説明と同意	
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	

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第12号）

社 会 資 源 調 査 票

受講番号＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　No.1

地域の特徴	

居宅介護サービスの状況		
サービス種類	事業所名	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	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
（訪問診療） （その他）

（様式第12号）

No.2

入所型介護サービスの状況		
サービス種類	事業所名	特　　徴
短期入所系		
（その他）		
その他のサービスやボランティア活動の状況		
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		

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第１３号）

実習振り返り　演習①説明シート

受講番号＿＿＿＿＿＿　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自分の理解が深まった点(○)、理解が出来なかったこと、習熟できていない点(▲)	

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第１４号）

実習自己評価表

受講番号＿＿＿＿＿＿　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

模擬ケアプラン作成実習の評価項目	自己評価
①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していただくことができたか。	
②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。	
③「課題分析表」の作成ができたか。	
④実習協力者の解決すべき課題を把握することができたか。	
⑤課題整理総括表を作成することができたか。	
⑥居宅サービス計画書（１）を作成することができたか。	
⑦居宅サービス計画書（２）を作成することができたか。	
⑧週間サービス計画表を作成することができたか。	
⑨介護報酬と給付管理業務の概要を説明できたか。	
⑩「社会資源調査票」の作成ができたか。	

※自己評価欄に数字を記入してください。

【１：できなかった　　２：あまりできなかった　　３：何とかできた　　４：的確にできた】

研修実施機関（県社協）→実習生

（様式第１７号）

鳥 社 協 発 第　　号
令和　　年　　月　　日

（実習生）　様

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会事務局長
（ 会 印 省 略 ）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習受入決定通知書

介護支援専門員実務研修実習を下記により決定いたしました。

記

実習受入事業所名	
住　　所	（〒　　－　　）
電話番号	
実習指導者名	（ふりがな）
実習期間	令和９年２月７日(日)～令和９年４月２日(金)のうち３日間程度 ※日程は、実習指導者と直接調整してください。

※速やかに実習受入事業所に連絡し、日程調整を行ってください。日程調整が完了し次第、「鳥取県介護支援専門員実務研修実習同意書（様式第１９号）」を下記研修実施機関へ送付してください。＜提出期限：令和９年２月６日（土）必着＞

＜研修実施機関＞
鳥取県社会福祉協議会福祉人材部（担当：橘・居川・山田佑）
〒６８９－０２０１　鳥取市伏野１７２９－５
県立福祉人材研修センター内
電　話　０８５７－５９－６３３６
ＦＡＸ　０８５７－５９－６３４１

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第１９号）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習同意書

実習受入事業所	

介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。

１．実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守します。
２．実習期間中は、実習受入事業所の実習指導者並びに研修実施機関の指示に従います。
３．実習期間中の移動費、食費、その他実習に要する費用は、自己負担とします。
４．実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。
５．実習中に過失等により、受入事業所及び実習協力者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。
６．やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず研修実施機関の担当者並びに実習受入事業所へ連絡します。

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会事務局長　様

令和　　年　　月　　日

受講番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実習生氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署の場合は押印不要

※提出期限：令和９年２月６日（土）必着

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第２２号）

実習記録書

受講番号・氏名		実習日	月　日
			月　日
実習事業所名			月　日
			月　日

１．実習項目

見学場面	実施日	理解できたこと、見習いたいと思ったこと等	実習指導者確認
インテーク			㊞
アセスメントの実施			㊞
居宅サービス計画書の作成			㊞
サービス担当者会議の準備・実施			㊞
モニタリング・評価			㊞
給付管理業務			㊞
その他			㊞

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第２３号）

鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書

受講番号・氏名		実習日	月　日
			月　日
実習事業所名			月　日
			月　日

１．前期講義演習を終えて、見学・観察実習を行う自己目標

２．「１．自己目標」に対しての達成度について

３．実習指導者コメント

実習指導者名	

※「実習記録書（様式第２２号）」を添付してください。

※提出期限：令和９年４月８日（木）必着

実習生→研修実施機関（県社協）

（様式第２５号）

実習総合報告書

受講番号 _____ 氏　名 _____

項目	内容
ケアマネジメントプロセス体験実習（模擬ケアプラン作成実習）での気づき	
多様なケアマネジメント実践見学での気づき	
実習全体を通じて感じた倫理的課題	
後期研修学習目標	

（様式第１号）　**記入例**

鳥取県介護支援専門員実務研修【模擬ケアプラン作成実習】
承諾書

私は、鳥取　太郎さんが、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。

○課題分析表
○居宅サービス計画書（模擬ケアプラン）

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記入日

実習協力者本人の署名

氏　名　砂場　協子　㊞

※自署の場合は押印不要

鳥取県介護支援専門員実務研修【模擬ケアプラン作成実習】
誓約書

実習協力者のお名前

私は、介護支援専門員実務研修の実習を砂場　協子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（模擬ケアプラン）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．研修会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。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記入日

令和○○年度介護支援専門員実務研修実習生

氏　名　鳥取　太郎　㊞

※自署の場合は押印不要

※１通を実習協力者に渡してください。

（様式第10号）

記入例

第　6　表

令和 9 年　4 月分　サービス利用票（兼居宅サービス計画）

認定済　・　申請中

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名	A県B市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	C事業所　鳥取　太朗	作成年月日	令和 9 年 3 月 20 日	利用者確認
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名	D　様	保険者確認印		届出年月日	令和　年　月　日	
生年月日	大・昭・平 5年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分 / 変更後要介護状態区分 / 変更日	1 2 3 4 5 / 1 2 3 4 5 / 令和 年 月 日	区分支給限度基準額	26,931単位／月	限度額適用期間	令和 年 月から 令和 年 月まで	前月までの短期入所利用日数	日

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
			曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月		
9:15～12:30	通所介護Ⅰ13	E事業所	予定			1		1					1		1					1		1					1		1						8
			実績																															
9:15～12:30	通所介護 個別機能訓練加算Ⅰ	E事業所	予定			1		1					1		1					1		1					1		1						8
			実績																															
9:15～12:30	通所介護 個別機能訓練加算Ⅱ	E事業所	予定			1		1					1		1					1		1					1		1						8
			実績																															
10:00～11:15	身体1生活2・Ⅰ	F事業所	予定						1							1							1							1					4
			実績																															
11:15～11:45	身体1・Ⅰ	F事業所	予定		1							1							1							1						1		5
			実績																															
16:30～17:00	身体1・Ⅰ	F事業所	予定				1							1							1							1						4
			実績																															
	特殊寝台貸与	G事業所	予定																															1
			実績																															
	特殊寝台付属品貸与	G事業所	予定																															1
			実績																															
	特殊寝台付属品貸与	G事業所	予定																															1
			実績																															
	特殊寝台付属品貸与	G事業所	予定																															1
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

（様式第１３号）

記入例

受講決定通知に書いてある番号

実習振り返り　演習①説明シート

受講番号　甲 1001　　氏名　　鳥取　太郎

利用者の概況	実習協力者の住まいは自宅で、〇〇歳、〇性、〇〇の家族構成です 主な要介護原因は、〇〇で〇年〇月に要介護〇と認定
日常生活上の困りごとと背景・要因	日常生活上の困りごとは、〇〇〇、●●● その背景・要因は〇〇〇〇、〇〇〇〇
できていること・していること	〇〇〇〇の手助けがあれば、〇〇〇はできる
利用者・家族の望む暮らし	本人：〇〇〇〇 家族：〇〇〇〇〇
現状が続くことで予測されるリスク	個人因子：意欲の減退、活動性の低下により廃用性症候群が一層進行する 環境因子：家族の不安、ストレスが高まると、本人のストレスにも影響し悪循環が発生する
状況を改善するための促進因子	個人因子：（人生歴を振り返り）本人の関心ごとである〇〇〇を楽しみにとして、〇〇〇〇に取り組む。 環境因子：本人の心情に共感、傾聴して認めてくれる人と交流できる場があること
解決すべき課題	・病気の再発・悪化防止に努め自宅での生活を継続したい ・〇〇〇〇を楽しみとする張りのある暮らしをしたい ・〇〇〇〇を出来るだけ自分でできるようになりたい
ケアマネジメント実践実習で自分の理解が深まった点(〇)、理解が出来なかったこと、習熟できていない点(▲)	① アセスメント ▲課題分析項目の質問に入るまでの会話の流れを作るのが、こちらの思うとおりにいかなくて、戸惑った ▲初対面の人で、かつ、要介護状態にある利用者と家族との信頼関係を構築するのは簡単ではないと思った 〇困りごとを聞き出すのは普通にできた ▲課題分析項目に沿った現状を把握してからリスクと促進因子をどのように探るか、本人の生活歴を知ったうえで、かつ、氷山の下に隠れている潜在的な原因・背景を探るためには、老化のメカニズム等の基本ケアと、疾患別ケアの基礎知識が必要だと思った（適切なケアマネジメントに沿ったアセスメントが難しかった） ▲１回目の１時間程度の面接では、情報を聞き出してメモするだけで精一杯。同時並行的に情報整理・分析しながら、それに基づく問いかけをして、思考を循環させながら、解決すべき課題を導き出し、目標の提案ができるようになるには、相当の努力を要す ② ケアプラン原案作成

ストレングス、強みの視点

本人、家族の視点で記載。（家族はそれぞれ）

	▲本人、家族の意向が課題分析の結果を踏まえているか自信がない ▲また、解決すべき課題を長期目標、短期目標に文章化することも難しかった ▲介護保険のサービスのみのものになり、インフォーマルなサービス日常生活上の活動を聞き取り習慣サービス計画表に反映できていなかった

① アセスメント
- 情報収集はできたか
- 情報の分析はできたか

② ケアプラン原案作成
- 第１表の原案作成
- 第２表の原案作成
- 第３表の原案作成

※テキスト下巻 P30、31、33～34 の実習報告書となる様式一覧の内容、特徴などを理解したうえでの実習で気づいた事、感じたことを言語化する。
- 体験を通じて「迷い」「悩み」「不安」などを言語化
- 自分の理解が深まった点、習熟出来ていない点の明確化を記載

（様式第１９号）

記入例

鳥取県介護支援専門員実務研修実習同意書

実習受入事業所	ケアプランセンター〇〇〇

実習受入決定通知書の実習受入事業所名を記入

介護支援専門員実務研修実習を受けるにあたって、下記の事項に同意します。

１．実習期間中は、実習受入事業所の就業規則等を遵守します。
２．実習期間中は、実習受入事業所の実習指導者並びに研修実施機関の指示に従います。
３．実習期間中の移動費、食費、その他実習に要する費用は、自己負担とします。
４．実習上知り得た情報は、研修の遂行以外の目的で使用せず、第三者に漏洩しません。
５．実習中に過失等により、受入事業所及び実習協力者等に損害を与えた場合は、その損害賠償の責任を負うものとします。
６．やむを得ない事情で、実習を休止又は中止するときは、必ず研修実施機関の担当者並びに実習受入事業所へ連絡します。

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会事務局長　様

令和　　年　　月　　日

記入日

受講決定通知にかいてある番号

受講番号　甲 1001

実習生氏名　鳥取　太郎　自署

※自署の場合は押印不要

※提出期限：令和　　年　月　日（　）

（様式第２２号）

記入例

決定通知に書いてある番号

実習記録書

実際に実習した日にちを記入

受講番号・氏名	甲 1001　　鳥取　太郎	実習日	３月　４日
			３月　５日
実習事業所名	ケアプランセンター〇〇〇		３月　６日
			月　　日

実習受入決定通知書の実習受入事業所名を記入

１．実習項目

見学場面	実施日	理解できたこと、見習いたいと思ったこと等	実習指導者確認
インテーク	3/4		㊞
アセスメントの実施	3/4		㊞
居宅サービス計画書の作成	3/5		㊞
サービス担当者会議の準備・実施	3/5		㊞
モニタリング・評価	3/6		㊞
給付管理業務	3/6		㊞
その他	3/6		㊞

（様式第２３号）

記入例

鳥取県介護支援専門員実務研修実習終了報告書

受講決定通知に書いてある番号

実際に実習した日にちを記入

受講番号・氏名	甲 1001　　鳥取　太郎	実習日	３月　４日
			３月　５日
実習事業所名	ケアプランセンター〇〇〇		３月　６日
			月　　日

実習受入決定通知書の実習受入事業所名を記入

１．前期講義演習を終えて、見学・観察実習を行う自己目標

実習前に記入し、実習初日に実習指導者に見てもらう

２．「１．自己目標」に対しての達成度について

実習最終日の振り返りの際に記入

３．実習指導者コメント

上記「２」を記入後、指導者に提出し記入してもらう

実習指導者名	

指導者記入欄

※「実習記録書（様式第２２号）」を添付してください。

※提出期限：令和　　年　月　日（　）

研修実施機関（書類提出先）

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会　福祉人材部
〒６８９－０２０１
鳥取県鳥取市伏野１７２９－５　県立福祉人材研修センター内
ＴＥＬ　０８５７－５９－６３３６
ＦＡＸ　０８５７－５９－６３４１　（令和８年10月１日現在）