

参考

令和5年度山形県介護支援専門員実務研修
実習時における書類作成の留意点（受講者用）

（研修実施機関）山形県社会福祉協議会
山形県社会福祉研修センター

1. 実習にあたって作成する書類について

	書類名	備考
①	実習記録用紙（受講者用） ※1日目～3日目	様式ダウンロード可
②	実習承諾書・誓約書（実習受入事業所の任意） ※実習指導者の指示により作成	様式ダウンロード可
③	第1表 居宅サービス計画書（1）	様式ダウンロード可
④	第2表 居宅サービス計画書（2）	様式ダウンロード可
⑤	第3表 週間サービス計画表	様式ダウンロード可
⑥	サービス利用表簡易版（実習用）	様式ダウンロード可
⑦	社会資源調査票	様式ダウンロード可
⑧	・基本情報（フェイスシート） ・課題分析表（アセスメントシート）	※実習指導者が指定した様式を使用してください。
⑨	実習振り返り演習シート①② ・演習① 模擬ケアプランを作成しての振り返り ・演習② 見学・観察実習の振り返り	様式ダウンロード可
⑩	実習同意書（様式5号）	様式ダウンロード可

（※）各書類の様式のほか、実習時に必要な資料は、下記のホームページからダウンロードできます。必要な書類を各自ダウンロードし、実習当日に持参してください。

（山形県社会福祉研修センターホームページ）

<https://www.ygmt-shakyo.or.jp/kenshu/jisshuyousiki/>

2. 書類作成の留意点について

(1) 書類全般について

- ① 各書類は、黒ペンで書いてください。(鉛筆書き不可)
- ② 各書類には、受講番号、グループ番号、氏名を記入してください。

(2) 個人情報について

- ① 実習協力者の氏名は、一律「A」さんとします。
- ② 実習協力者の住所は、一律「A市B町」とします。
- ③ 実習協力者の家族等近親者の氏名は「B」「C」等、実在とは無関係のアルファベットを使用してください。(イニシャルは不可)
- ④ 利用者・家族・主治医等の連絡先電話番号は「〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇」とします。
- ⑤ 利用者の生年月日は記入せず、年齢のみを記入してください。
- ⑥ 市町村名や病院・事業所名等については、実在とは無関係のアルファベットを使用し、関連性のない表記にしてください。
例) 市町村名 : 隣市、県内市、県外市等
例) 事業所等 : AA訪問介護事業所、BB病院等
- ⑦ このほか、個人が特定されないように十分留意して記入してください。

(3) 各作成書類について

「①実習記録用紙(受講者用)」

原則として実習に行ったその日のうちに作成してください。

- ・「指導者コメント欄」には、実習指導者からコメントを記入していただきます。
- ・1日目(初日)の用紙には、「これまでの講義・演習を踏まえて、実習を行う自己目標」を記入してください。
- ・3日目(最終日)の用紙には、「これからの講義・演習を受けるにあたっての自己目標」を記入してください。

「②実習承諾書・誓約書」

- ・作成の有無については、実習指導者の指示に従ってください。(作成の有無については、実習受入事業所の任意としています)
- ・「実習承諾書・誓約書」は同じものを2通作成し、1通を実習協力者に渡し、1通は受講者の控えとしてください。
- ・「実習承諾書」【上段】の「私は ○○ さんが」の○○には、受講者の氏名が入ります。「住所」「氏名」には「実習協力者様」の情報が入ります。
- ・「実習誓約書」【下段】の「実習を △△ 様に」の△△には「実習協力者様」の氏名が入ります。「住所」「氏名」は受講者の情報が入ります。

「③第1表 居宅サービス計画書（1）」

本来の居宅サービス計画は、利用者の被保険者証などから情報を得ますが、実習を通して作成する居宅サービス計画では、以下のとおり統一します。

- ・「初回・紹介・継続」欄は、「初回」に○を付す。
- ・「認定済・申請中」欄は、「認定済」に○を付す。
- ・「認定日」欄は、「1月30日」とする。
- ・「認定の有効期間」欄は、「令和6年1月1日～令和6年6月30日」とする。
- ・「作成年月日」欄は、空欄のままとする。
- ・「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」欄は、「〇〇居宅介護支援事業所 A市C町」とする。
- ・「居宅サービス計画作成（変更）日」欄は、空欄のままとする。
- ・「初回居宅サービス計画作成日」欄は、空欄のままとする。
- ・「要介護状態区分」欄は、実際に認定を受けている要介護度を記載する。

「④第2表 居宅サービス計画書（2）」

- ・「※2」欄には、実在の事業所名やそれを想起させる表記はしないでください。実在する事業所の頭文字をアルファベット表記する等はせず、「AA訪問介護事業所」や「〇〇通所介護事業所」等と事業所が特定されないように書いてください。

「⑥サービス利用表簡易版（実習用）」

- ・「単位」欄は、テキスト及び「居宅サービス利用単位表（演習・実習用）」をもとに記入してください。
- ・「〈利用者負担額計算書〉」欄も忘れずに記入してください。
- ・対象者の負担割合は、「1割負担」として計算してください。

「⑦社会資源調査票」

- ・利用者が、現在あるいは将来利用する可能性のある社会資源をまんべんなく情報収集し記載してください。
- ・「事業所名」「医療機関」「ボランティア」「相談機関」等は、実在の事業所等名やそれを想起させる表記はしないでください。実在事業所の頭文字をアルファベット表記する等はせず、「AA訪問介護事業所」や「〇〇通所介護事業所」等と事業所が特定されないように書いてください。

「⑧基本情報（フェイスシート）・課題分析表（アセスメントシート）」

- ・実習指導者が指定した様式を使用して作成してください。
- ・実習受入事業所で使用している介護保険業務用ソフトに課題分析方式が組み込まれている場合には、それらを使用して構いません。
- ・上記「2（2）」のとおり個人情報には十分留意してください。

「⑨実習振り返り演習シート①②」

- ・第14章「実習振り返り」で使用しますので、「演習① 模擬ケアプランを作成しての振り返り」「演習② 見学・観察実習の振り返り」を作成してください。

〔ご注意ください〕

- ① 書類は実習を前提とした様式であり、実際の書式とは異なる場合があります。
- ② 氏名や住所の記載方法を指定（「Aさん」「A市B町」等）していますが、個人の特定を避けるためであり、「聞く必要がない」ものではありません。

（4）実習書類の作成と振り返り（重要）

実習において作成する模擬ケアプラン等は、実習指導者の助言・指導を受けながら作成してください。また、実習の最後に振り返りを行い、これからの講義・演習を受けるにあたっての自己目標を設定し、「実習記録用紙（受講者用）」の3日目のシートに記入してください。

【研修事務局】

社会福祉法人山形県社会福祉協議会 人材研修部 研修係 【担当：横尾・菅野】
〒990-0021 山形市小白川町2-3-30 山形県小白川庁舎内
TEL. 023-622-2730 FAX. 023-622-2789

居宅サービス利用単位表（演習・実習用） 負担割合は1割で計算

これはあくまで演習・実習用の単位数です。サービスにより単位数が異なる場合があります。

支給限度額	要介護1	16,765 単位	要介護2	19,705 単位	要介護3	27,048 単位
	要介護4	30,938 単位	要介護5	36,217 単位		

サービス種別	サービス区分	時間または要介護度	
訪問介護	身体介護中心型	30分以上1時間未満	396 単位
		1時間以上	579 単位+30分増毎84 単位
	生活援助	20分以上45分未満	183 単位
		45分以上	225 単位
	通院乗降介助	1回	99 単位
訪問入浴	訪問入浴	1回	1,260 単位
訪問看護	訪問看護ステーション	20分未満	313 単位
		30分未満	470 単位
		1時間未満	821 単位
	リハ職訪問	1回につき週6回	293 単位 20分以上×回数
訪問リハビリ	訪問リハビリ	1回につき	307 単位
通所介護	通常規模 利用時間6～7時間	要介護1	581 単位
		要介護2	686 単位
		要介護3	792 単位
		要介護4	897 単位
		要介護5	1,003 単位
通所リハビリ	通常規模 利用時間6～7時間	要介護1	710 単位
		要介護2	844 単位
		要介護3	974 単位
		要介護4	1,129 単位
		要介護5	1,281 単位
短期入所	単独型ユニット (個室)	要介護1	738 単位
		要介護2	806 単位
		要介護3	881 単位
		要介護4	949 単位
		要介護5	1,017 単位

*この単位数は令和3年4月改定の介護報酬です。

短期入所生活介護、短期入所療養介護は短期入所で計算してください。

福祉用具貸与*は要介護2以上のみ利用（軽度者でも特定の場合利用可能な場合がある）
機種や性能、事業所により単位数が異なります。

*車椅子(自走用)	500 単位	手すり	300 単位
*車椅子(介助用)	500 単位	歩行補助杖	100 単位
*特殊寝台(3 モーター)	1,100 単位	歩行器	300 単位
*同付属品(サイドレール2本) (マットレス) (テーブル) (介助バー)	50 単位	移動用リフト(車椅子昇降機)	3,000 単位
	300 単位		
	300 単位	移動用リフト(車椅子昇降機)	1,500 単位
	200 単位		
*床ずれ予防用具	800 単位	つり具	3,500 単位
スロープ 70 cm~2m	500 単位	認知症徘徊感知器	1,000 単位

特定福祉用具販売（年間 10 万円）

腰掛便座	25,000 円	浴槽手すり	20,000 円
浴槽台	20,000 円	シャワー椅子	10,000 円

地域密着型サービス

*この単位数は令和3年4月改定の介護報酬です。

地域密着型通所介護			認知症対応型通所介護（併設型）		
利用時間 6~7 時間	要介護 1	676 単位	利用時間 6~7 時間	要介護 1	788 単位
	要介護 2	798 単位		要介護 2	874 単位
	要介護 3	922 単位		要介護 3	958 単位
	要介護 4	1,045 単位		要介護 4	1,040 単位
	要介護 5	1,168 単位		要介護 5	1,125 単位

定期巡回・随時訪問介護看護(訪問看護を行わない場合)1月単位

要介護 1	5,697 単位
要介護 2	10,168 単位
要介護 3	16,883 単位
要介護 4	21,357 単位
要介護 5	25,829 単位

その他の費用

通所介護・通所リハビリ	食費	1食 700 円
短期入所生活介護	滞在費	ユニット個室 1日 2,000 円
	食費	1食 500 円×3食=1,500 円

*住宅改修費用 200,000 円（支給限度負担割合 1割の場合 18,000 円）

令和5年度 介護支援専門員実務研修 提出書類チェック表

提出期限：令和6年2月13日（火）

※実習記録の原本は本人保管とし、コピーを各1部提出してください。

（✓をつけて確認してください。）

区分	No.	書類名	✓欄
1	1	実習記録用紙（受講者用） ※1日目～実習終了日まで	
	2	実習承諾書・誓約書（作成した場合）	
2	3	第1表 居宅サービス計画書（1）	
	4	第2表 居宅サービス計画書（2）	
	5	第3表 週間サービス計画表	
	6	サービス利用表簡易版（実習用）	
	7	社会資源調査票	
3	8	基本情報（フェイスシート） 課題分析表（アセスメントシート）	
4	9	実習振り返り演習シート①② ※「第14章 実習振り返り」の事前課題として	

提出前 確認事項	✓欄
書類すべてが記載してある。	
実習記録用紙は各実施日ごとに記載し、指導者からのコメントが記載してある。	
区分ごとに左上をステープルでとめている。	
書類の綴じる順番は、上記提出書類チェック表のとおりになっている。	

※事務局まで郵送で提出してください。

※提出する際は、提出書類チェック表を表紙として一緒に御提出ください。

受講番号	グループ番号	氏名
連絡先（電話番号）		
※書類に不備があった場合等に連絡しますので、日中連絡がとれる電話番号を御記入ください。		

◆実習記録用紙(受講者用)

受講番号	グループ番号	受講者氏名	実習指導者名

次回の実習日

令和 年 月 日

<これまでの講義・演習を踏まえて、実習を行う自己目標>

- 1.
- 2.
- 3.

第1日目【 月 日】

実習場所	場面と内容	理解できたこと、見習いたいと思ったこと

指導者コメント

--

指導者(印)

※記入のポイント プロセスごとに理解できたことを整理すること。

◆実習記録用紙(受講者用)

受講番号	グループ番号	受講者氏名	実習指導者名

次回の実習日

令和 年 月 日

第2日目【 月 日】

実習場所	場面と内容	理解できたこと、見習いたいと思ったこと

指導者コメント

--

指導者印

※記入のポイント プロセスごとに理解できたことを整理すること。

◆実習記録用紙(受講者用)

受講番号	グループ番号	受講者氏名	実習指導者名

次回の研修受講日

令和 年 月 日

第3日目【 月 日】

実習場所	場面と内容	理解できたこと、見習いたいと思ったこと
指導者コメント		
指導者 [Ⓜ]		

<これからの講義・演習を受けるにあたっての自己目標>

- 1.
- 2.
- 3.

※記入のポイント

- ・プロセスごとに理解できたことを整理すること。
- ・これまでの研修を踏まえ、自己目標を設定してから、これからの目標を設定すること。

※この承諾書の取り交わしについては、任意で行うこととしています。

【実習協力者記入欄】

令和5年度山形県介護支援専門員実務研修実習承諾書

私は、《受講者名》_____さんが令和5年度山形県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

年 月 日

《実習協力者》住 所

《実習協力者》氏 名

【受講者記入欄】

令和5年度山形県介護支援専門員実務研修実習誓約書

私は、令和5年度山形県介護支援専門員実務研修の実習を
《実習協力者氏名》_____様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. 実習事例検討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お聞きしません。
 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

《受講者》住 所

《受講者》氏 名

※ 2部作成し、1部を実習協力者に渡し、1部を受講者の控えとすること。
その控えを1部コピーし、県社協に提出すること。

第1表

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

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 A 殿 年齢 歳 住所 A市B町

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 ○○居宅介護支援事業所 A市C町

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 令和6年1月30日 認定の有効期間 令和6年1月1日～ 令和6年6月30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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
------------------------------	-------------------------------------

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
------------------------	-------------------------------------

総合的な援助の方針	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-----------	-------------------------------------

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

第2表

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 A 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。(このたびは実習であるため、実在と無関係の名前を記入。例：AA事業所等)

第3表

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

利用者名 A 殿

		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								
	14 : 00								
午後	16 : 00								
	18 : 00								
	20 : 00								
夜間	22 : 00								
	24 : 00								

週単位以外のサービス	
------------	--

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

サービス利用票簡易版(実習用)

〈利用単位数計算書〉

	利用サービス種類名	1回あたり単位	利用予定回数	単位数計
訪問系				
用具貸与				
通所系				
短期入所系				
			合計利用単位数	単位(a)
			支給限度基準額単位数	単位
			超過利用単位数	単位(b)

※下の利用者負担額計算書を忘れずに記入してください。



〈利用者負担額計算書〉

支給限度内負担額 (a) × 10 円 × 0.1	円
支給限度超過額 (b) × 10 円	円
その他利用者負担額	円
利用者負担額計	円

受講番号	グループ番号	氏名
------	--------	----

社会資源調査票

(注) 事業所名等は、頭文字等は使用せず実在と無関係の文字を使用すること。

No.1

地域の特徴（市町村域ではなく、実習協力者の住んでいる地域。概ね小学校区程度）

--

居宅介護サービスの状況

サービス種類	事業所名	特徴

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

医療機関等の状況

--

入所型介護サービスの状況		
サービス種類	事業所名	特徴
その他のサービスやボランティア活動の状況		
日用品の購入等		
近隣との関係・地域との交流		
相談機関その他		

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

第 14 章 実習の振り返り演習シート

演習① 模擬ケアプランを作成しての振り返り

実習協力者の概要		
居住状況：自宅・	年齢 歳	性別 男・女
要介護状態区分：1 2 3 4 5	要介護状態になった原因	
家族状況		
実習先でのアセスメント方式		
現在の状況と課題		
実習協力者の生活上の希望や生活に対する意向		
課題を導き出す際に留意したこと		
模擬ケアプラン作成で気づいたこと		
実習指導者から助言を受けたこと		

受講番号		グループ番号		氏名	
------	--	--------	--	----	--

第14章 実習の振り返り演習シート

演習② 見学・観察実習の振り返り

<p>見学・観察実習で感じたこと</p> <p>① インテーク</p> <p>② アセスメント</p> <p>③ 計画原案作成</p> <p>④ サービス担当者会議</p> <p>⑤ モニタリング、評価</p> <p>⑥ 給付管理</p> <p>見習いたいことや気づいたこと</p>	<p>例 (④サービス担当者会議は利用者・家族に理解できる言葉で説明が必要なことで、説明能力が求められる。)</p> <p>(⑤目標が具体的でないと、モニタリングで評価できないことに気づいた。)</p>
<p>倫理的な課題</p>	<p>例 (家族の発言が多く、利用者の思いが反映されたか不安)</p>
<p>今後の学習の課題</p>	<p>例 (利用者と家族の意見の相違の調整が出来るよう学びたい)</p>