

令和7年度

介護支援専門員実務研修

実習の手引き （受講者用）

**介護支援専門員指定研修実施機関
社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会**

目 次

I 実習の概要	．．．．． P 1
1 実習の目的	
2 実習の位置づけ	
3 実習の内容	
4 実習の流れ	
5 実務研修課程の科目構成	
II 見学実習	．．．．． P 5
1 見学実習の目的	
2 見学実習の実施期間	
3 見学実習の実施時間	
4 受入協力事業所	
5 実習指導者	
6 関係機関の主な役割	
7 見学実習の準備等	
8 見学実習の内容	
9 見学実習の記録及び報告	
10 見学実習記録及び報告書の提出	
11 見学実習の注意事項	
12 見学実習の様式集	
III ケアプラン作成実習	．．．．． P 2 2
1 ケアプラン作成実習の目的	
2 ケアプラン作成実習の流れ	
3 ケアプラン作成実習の内容と具体的な進め方	
4 ケアプラン実習報告書等の提出	
5 研修7日目の準備及び持参資料	
6 ケアプラン作成実習の様式集	
IV 参考資料	．．．．． P 5 2

愛媛県介護支援専門員実務研修実習実施要領
介護支援専門員実務研修 見学実習受入協力事業所一覧

I 実習の概要

I 実習の概要

介護支援専門員実務研修では、前期課程で学んだ内容を実際に体験又は見学し、後期課程の学びを深めることを目的として、カリキュラム上、2つの実習が位置づけられています。

2つの実習は、法定研修である実務研修の修了要件になります。所定の実習を行わなかった方、報告書等の必要な課題提出がなかった方は、研修を修了できません。

テキスト及びこの実習の手引きに記載された内容をよく確認し、実習に臨んでください。

1 実習の目的

- (1) 前期課程で学んだ内容を実際に体験又は見学し、後期課程の学びを深めます。
- (2) 受講者それぞれがこれまでの職務経験を踏まえながらも、要介護高齢者の多様な生活状況や環境について理解を深めます。
- (3) ケアマネジメントプロセスの見学を通じて、「対人援助職」としての介護支援専門員の支援場面の実際を学びます。

2 実習の位置づけ

- (1) 実習は、実務研修の修了要件の必須事項として位置づけられています。
- (2) 実習を終えていない方（必要な提出書類等を出せない方を含む。）は、後期課程以降の研修に参加できません。（＝研修を修了することができません。）

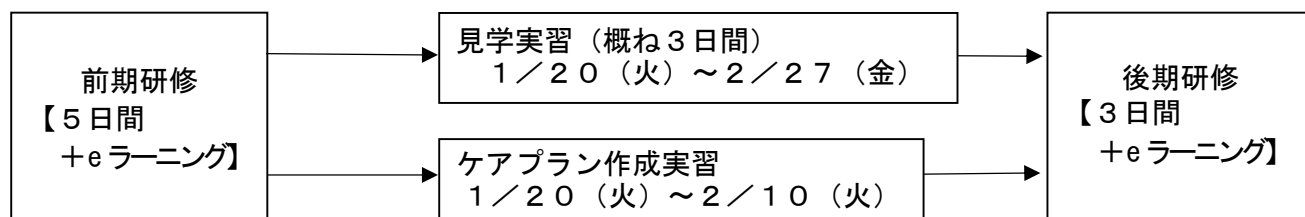
3 実習の内容

実務研修における「実習」とは、介護支援専門員実務研修実施要綱（平成27年2月12日付け老発0212第1号厚生労働省老健局長通知）に記載される「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」を指します。

実務研修で必要となる実習は2種類あります。それぞれ実習に協力していただく方（以下「実習協力者」という。）や事業所（以下「受入協力事業所」という。）について受講者自身で調整・同意を得た上で実習を行います。

No.	実習形態	実習内容	実習時間
①	見学実習	・「受入協力事業所」で実習指導者（主任介護支援専門員等）の多様な活動場面を見学・観察してケアマネジメントプロセスの実際を直接的に学ぶ。 ・実習指導者からの指導に基づき取り組む。	3日程度に相当する時間数
②	ケアプラン作成実習	・要介護状態にある実習協力者の協力を得て、インテーク、アセスメント、ケアプラン（模擬ケアプラン）作成といったケアマネジメントプロセスを実践する。 ・受講者自らで取り組む。	後期課程開始までの間

4 実習の流れ



5 実務研修課程の科目構成（愛媛版カリキュラム：87 時間）

区分		時間	科目種別	科目名
前期課程	e ラーニング	10 時間	3	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント
			2	ケアマネジメントに係る法令等の理解
			3	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理
			2	生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義①
	1 日目	7 時間	3	講義・演習 自立支援のためのケアマネジメントの基本①
			4	講義 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
	2 日目	7 時間	3	講義 自立支援のためのケアマネジメントの基本②
			4	講義・演習 相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎
	3～5 日目	22 時間	22	講義・演習 <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントのプロセス ・受付及び相談・契約 ・アセスメント及びニーズの把握方法 ・居宅サービス計画書等の作成 ・介護支援専門員に求められるマネジメント ・サービス担当者会議の意義及び進め方 (利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意) ・モニタリング及び評価 ・実習オリエンテーション
実 習				ケアマネジメントの基礎技術に関する実習 ①見学実習 ②ケアプラン作成実習
区分		時間	科目種別	科目名
後期課程	e ラーニング	17.5 時間	2	ケアマネジメントの展開 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント①
			1	ケアマネジメントの展開 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント②（口腔ケア）
			1.5	ケアマネジメントの展開 脳血管疾患のある方のケアマネジメント①
			1.5	ケアマネジメントの展開 認知症のある方及び家族等を支えるためのケアマネジメント①
			1.5	ケアマネジメントの展開 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント①
			1.5	ケアマネジメントの展開 心疾患のある方のケアマネジメント①
			1	ケアマネジメントの展開 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント①
			2	ケアマネジメントの展開 高齢者に多い疾患の留意点の理解
			1	生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義②（薬剤）
			1.5	ケアマネジメントの展開 看取りに関する事例①
			3	ケアマネジメントの展開 地域共生社会の実現に向け他法他制度の活用が必要な事例のケアマネジメント
	6 日目	7 時間	7	講義・演習 <ul style="list-style-type: none"> ・実習振り返り ・アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習
	7 日目	7.5 時間	2.5	演習 ケアマネジメントの展開 看取りに関するケアマネジメント②

			2.5	演習	ケアマネジメントの展開 大腿骨頸部骨折のある方へのケアマネジメント②
			2.5	演習	ケアマネジメントの展開 脳血管疾患のある方のケアマネジメント②
	8 日目	9 時間	2.5	演習	ケアマネジメントの展開 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント②
			2.5		ケアマネジメントの展開 心疾患のある方へのケアマネジメント②
			2		ケアマネジメントの展開 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント②
			2		意見交換・講評およびネットワーク作り

※1.6 時間＝100 分

Ⅱ 見学実習

Ⅱ 見学実習

1 見学実習の目的

居宅介護支援事業所において、実習指導者（主任介護支援専門員等）の指導を受けながら、ケアマネジメントプロセスの一連の流れを実際に体験し、多様な要介護高齢者の生活実態を知ることにより実践にあたっての留意点や今後の学習課題等を認識することを目的とします。

2 見学実習の実施期間

前期課程終了後、後期課程が始まるまでに見学実習を実施します。

実施期間：令和8年1月20日（火）～2月27日（金）

※先に実習指導者に同行するケアマネジメントプロセスの「見学実習」を通じて、対人援助職としての介護支援専門員の支援場面の実際を学んだ上で「ケアプラン作成実習」を実施することが望ましいですが、実習協力者の都合等によりやむを得ず実施の順番が逆になっても構いません。

3 見学実習の実施時間

実習時間は、3日程度に相当する時間数となっていますが、受入協力事業所との調整により無理のない実習計画を立ててください。計画作成後、やむを得ない事情ができた場合は、速やかに受入協力事業所に連絡し、日程変更等の調整を依頼してください。

4 受入協力事業所

県又は市町が実施する指導監督において、改善勧告を受けたことがない居宅介護支援事業所で、受入協力事業所として県に登録している次のいずれかの事業所とします。

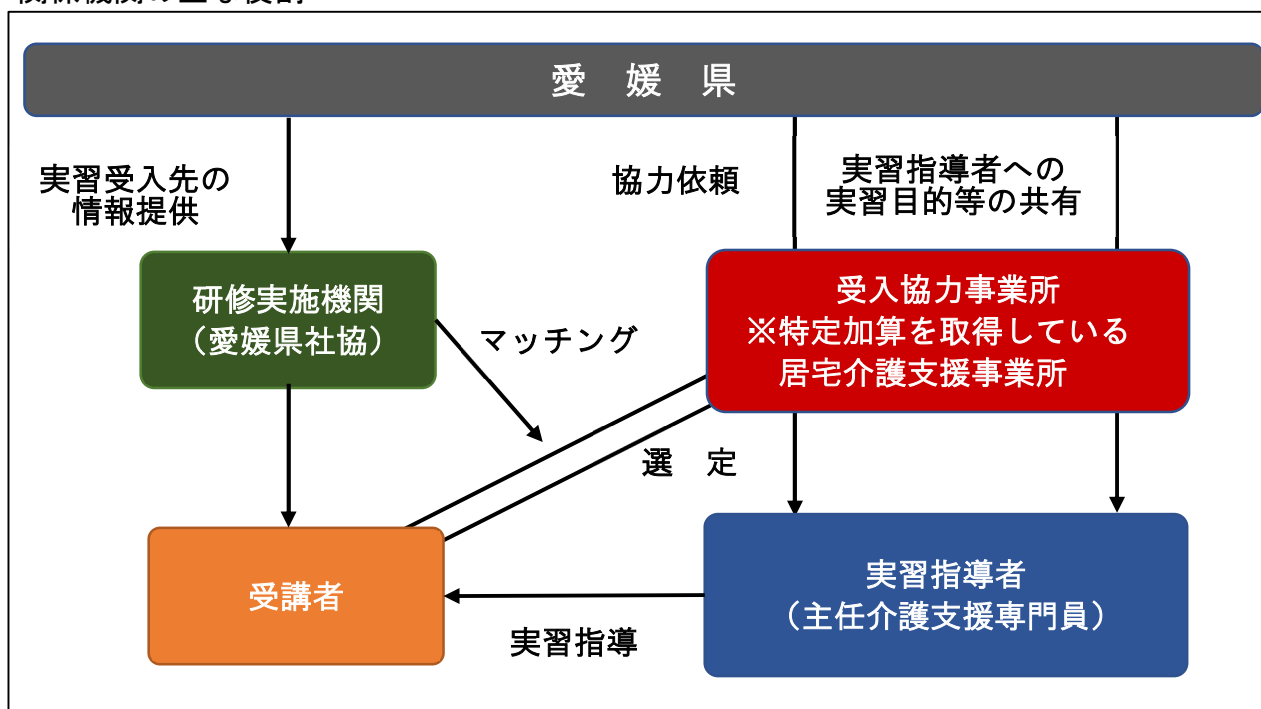
- （１）特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所
- （２）（１）の事業所がない市町は、地域包括支援センター又は主任介護支援専門員が在籍する事業所

5 実習指導者

主任介護支援専門員

※主任介護支援専門員の指示の下、他の介護支援専門員と協力して指導する場合があります。

6 関係機関の主な役割



7 見学実習の準備等

(1) 実習先の確認

各受講者の実習先となる受入協力事業所は、受講決定通知書（様式2）に記載してお知らせしますので、場所や連絡先等を事前ご確認ください。

(2) 受入協力事業所との事前調整

本手引きをご一読いただいた後、12月11日（木）から1月8日（木）までに受入協力事業所に連絡し、受講番号・氏名・連絡先を伝えるとともに、見学実習の日程調整を行います。できるだけ早めの連絡（12月中）をお願いします。

実習指導者と実習計画についての打合せを行い、見学実習初日の1週間前を目安に見学実習計画書（様式4）を実習指導者から受け取り、事前学習を行ってください。

（事前学習内容）

- ①居宅介護支援事業所の目的、業務内容、役割について
- ②前期課程で学んだケアマネジメントの各プロセスの目的や意義について
- ③見学実習先である受入協力事業所の概要や地域の状況について

(3) 書類の作成

- ①見学実習誓約書（様式3）を作成する。
- ②見学実習記録（受講者用）（様式5）の自己目標及び、プロセス場面ごとの目標を記入する。

8 見学実習の内容

指定された受入協力事業所で以下の6場面を中心に実際に使用している書類等に基づいて説明を受け、利用者の元へ同行し、見学実習を行います。

項 目		内 容
書類の提出・目標等の確認		<ul style="list-style-type: none"> ・見学実習誓約書（様式3）を提出 ・見学実習計画書（様式4）の確認 ・見学実習記録（受講者用）（様式5）の自己目標及び各場面における学習目標を確認
オリエンテーション		[説明]・制度の基本理念や職業倫理、見学実習における留意事項等 [説明]・ケアマネジメント実務の全体像等
説明・見学	①インテーク	[説明]・新規相談対応の流れ、契約関係書類等
	②アセスメント ③プランニング	[説明]・訪問する事例のアセスメント情報 [見学]・アセスメント面接の同席 [説明]・訪問した事例の居宅サービス計画書等
	④サービス担当者会議等	[説明]・サービス担当者会議開催の準備等 [見学]・サービス担当者会議等への同席
	⑤モニタリング	[説明]・モニタリングのポイントや留意事項等 [見学]・モニタリング訪問の同行等 [説明]・モニタリング結果、個別サービス計画等
	⑥給付管理	[説明]・利用票、提供票、給付管理票等 [説明]・給付管理における居宅サービス事業所との連携 [説明]・給付管理票（明細書）、返戻・過誤等
実習振り返り		<ul style="list-style-type: none"> ・見学実習記録及び見学実習報告書の活用と実習指導者との面接による実習全体の振り返り ・各自の実習課題への評価 ・後期課程に向けての目標設定の支援等

[説明] 実習指導者から業務の説明等を受ける。

[見学] 実習指導者に同行し、活動場面を見学する。

9 見学実習の記録及び報告

(1) 記録の作成

見学実習に関する記録は、原則として当日中に記入するため、見学実習計画書（様式4）及び見学実習記録（受講者用）（様式5①～⑥）は、毎回持参してください。

記録の際には、個人が特定できないように注意して記入してください。

(2) 報告書等の作成

作成書類	内 容
見学実習記録（受講者用） （様式5①～⑥）	実習日、時間、内容（概要）に記入漏れがないかを確認する。 見学実習の振り返り・感想を記入する。

10 見学実習記録及び報告書の提出

見学実習の報告書類である見学実習記録（受講者用）（様式5①～⑥）、受講者用のコピーを1部保管した上で、**原本を研修6日目≪2月28日（土）又は3月1日（日）≫の朝、受付で提出してください。**

11 見学実習の注意事項

(1) 服装等

- ①受入協力事業所で決められた服装等を確認の上、ふさわしい服装で実習に臨んでください。
- ②受講者の勤務先のユニフォーム等は着用しないでください。
- ③挨拶・言葉づかい・態度は、社会的マナーを遵守して見学実習を行うよう留意してください。

(2) 健康管理

- ①受講者が利用者や職員に風邪等を感染させないように、健康管理を十分に行ってください。
- ②感染症予防のため、予防接種を各自で受ける等対策を講じてください。
- ③受入事業所から、見学実習数日前からの体温や体調確認を求められている場合は、指示にしたがってください。
- ④見学実習中は、マスクの着用やアルコール消毒液による手指消毒のほか、受入先事業所の感染防止対策を遵守してください。
- ⑤受講者が新型コロナウイルス感染症等に感染した場合場合は、実習指導者に連絡の上、見学実習を中止し、日程の変更を行ってください。
- ⑥受講者の体調が悪い場合（発熱・鼻汁・喉の痛み・せき・倦怠感・息苦しさ・嗅覚異常・味覚異常・下痢等、平時と異なる体調の変化がある等）や、受講者の同居家族又は勤務先等で新型コロナウイルス感染症等の陽性者が確認されている場合等については、実習指導者に報告し、必要に応じて日程の変更等を行ってください。

(3) 個人情報保護

見学実習では、事前に受入協力事業所から実習協力者（契約書又は書面による同意）やサービス担当者会議に出席する関係機関等の同意（口頭による同意可）を得るとともに、実習中及び実習終了後においても、特に実習協力者の安全の確保や知り得た秘密の厳守についてご留意ください。

(4) 欠席、遅刻、早退の連絡

- ①やむを得ない理由（体調、電車の遅延等）について、必ず受講者本人が見学実習開始時間前に受入協力事業所に連絡してください。無断で欠席、遅刻、早退をしないでください。
- ②実習期間中に、やむを得ない理由以外での欠席、遅刻、早退等の受講者としてふさわしくない行為があった場合は、見学実習を修了できないことがありますので、ご注意ください。

(5) 事故対応

- ①見学実習期間中の過失等により、受入協力事業所や実習協力者等に損害を与えた場合は、受入協力事業所に故意又は過失がある場合を除き、受講者がその賠償責任を負うものとします。
- ②研修実施機関が万が一に備え損害賠償保険に加入していますので、事故等が発生した場合は、速やかに研修実施機関にご連絡ください。

12 見学実習の様式集

- 様式 1 見学実習受入依頼書
- 様式 2 受講決定通知（見学実習受入協力事業所通知）
- 様式 3 見学実習誓約書
- 様式 4 見学実習計画書
- 様式 5 見学実習記録（受講者用）
- 様式 6 見学実習受入完了報告書（事業所用）
- 様式 7 見学実習報告書（実習指導者用）

(研修実施機関 → 受入協力事業所)

媛社長第 号
令和 年 月 日

《見学実習受入先》 御中

愛媛県社会福祉協議会
会長 本 田 元 広
(会長印省略)

介護支援専門員実務研修における見学実習受入依頼書

標記「見学実習」について、下記のとおり貴事業所での受入となりました。

つきましては、受講者には見学実習日程と内容について、実習指導者と相談の上、決定するように通知していますので、受講者から連絡がありましたら、ご協力くださいますようお願いいたします。

記

1 受講者

受講番号：

氏 名：

基礎資格：

勤務先：

2 見学実習費用

実習者一名につき 2, 0 0 0 円

3 連絡事項

- (1) 「見学実習の手引き（受入協力事業所用）」及び「介護支援専門員実務研修に係る
見学実習 Q & A（愛媛県長寿介護課作成）」をご覧の上、見学実習の受入を行ってください。
- (2) 見学実習終了後、「見学実習完了報告書（事業所用）（様式 6）」及び「見学実習
報告書（実習指導者用）（様式 7）」を令和 年 月 日（ ）までに下記あてご提出ください。

4 問い合わせ先

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課（担当： ）

〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号

TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398

Eメール caremane@ehime-shakyo.or.jp

(研修実施機関 → 受講者)

介護支援専門員実務研修 受講決定通知

(A 4)

(記載例)

様 【受講番号】No.00000

1 研修について

(1) 受講範囲

全カリキュラム

(2) 受講クール

○クール

(3) 開催日程・会場

※開催日程・会場を記載。

2 見学実習について

(1) 見学実習先

居宅介護支援事業所△△△

(2) 担当者

〇〇 〇〇

(3) 見学実習に関する連絡事項

※注意事項等を記載。

3 連絡先・事務局

※連絡先等を記載。

(受講者 → 受入協力事業所)

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習誓約書

受入協力事業所名	
実習期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)
<p>私は、介護支援専門員実務研修における見学実習を受けるにあたって、下記のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 実習期間中は、受入協力事業所の就業規則等を遵守します。 2 実習期間中は、受入協力事業所の実習指導者及び研修実施機関（愛媛県社会福祉協議会）の指示に従います。 3 実習で知り得た情報は、実習以外の目的には使用しません。また、実習以外の場で漏らすことはありません。 4 実習で作成する報告書には、個人名や個人が特定できる情報は記載しません。 5 実習中はもちろん、実習後においても受入協力事業所や実習協力者の不利益になることはしません。 6 実習期間中の過失等により、受入協力事業所や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。 	

令和 年 月 日

(受講者)

受講番号	
フリガナ	
氏 名	㊞
住 所	
電話番号	

(受入協力事業所 → 受講者)

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習計画書

受講番号		
氏 名		
受入協力事業所名		
実習指導者氏名		
期 日	実施予定	
	(午前)	(午後)
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習記録（受講者用）

受講番号	
受講者氏名	㊞
受入協力事業所名	
実習指導者氏名	㊞

<p>前期課程を踏まえての見学実習での自己目標（※実習前に記入すること）</p>
--

実習日	時間	内容（概要）
年 月 日（ ）	～ 時 分 時 分	
年 月 日（ ）	～ 時 分 時 分	
年 月 日（ ）	～ 時 分 時 分	
年 月 日（ ）	～ 時 分 時 分	
年 月 日（ ）	～ 時 分 時 分	

<p>見学実習の振り返り・感想（※実習後に記入すること）</p>
--

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習記録（受講者用）

受講番号	
受講者氏名	⑩
受入協力事業所名	
実習指導者氏名	⑩

【評価の方法】評価は4段階で行います。下記から該当する数字を選んで記入してください。

1 できなかった 2 あまりできなかった 3 概ねできた 4 できた

1 プロセス能力

評価項目	評価の視点	自己評価
服装・身だしなみ	服装・髪型等はふさわしいか	1 2 3 4
挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声かけは適切であったか	1 2 3 4
実習協力者対応	実習指導者、それ以外の協力者とも関係性を保ちコミュニケーションがとれたか	1 2 3 4
実践者	前期課程を理解して目的意識を持って見学していたか	1 2 3 4
運営協力	実習内容以外の事業所環境等に配慮することができていたか	1 2 3 4
業務関心	モニタリングや担当者会議への出席にあたり、情報収集などを積極的に行う姿勢があったか	1 2 3 4
規則遵守	時間などの約束を厳守できたか。実習報告書が作成できたか	1 2 3 4

2 プロセス場面

(1) インテーク 【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
インテークの意義と目的について説明できる	1	2	3	4
受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる	1	2	3	4
利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる	1	2	3	4
契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる	1	2	3	4
契約の仕組みが利用者主体であることの意義と仕組みについて説明できる	1	2	3	4
利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施できる	1	2	3	4

(2) アセスメント 【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
アセスメントの目的と意義について説明できる	1	2	3	4
アセスメントにおける情報収集の項目や目的、ポイントを説明できる	1	2	3	4
アセスメントにおける情報収集の方法を説明できる	1	2	3	4
アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる	1	2	3	4
利用者、家族の意向の確認方法と留意点を説明できる	1	2	3	4
利用者、家族の持っている力をアセスメントのうえ把握し、ニーズの優先順位を判断できる	1	2	3	4

(3) プランニング

【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
居宅サービス計画の目的と意義について説明できる	1	2	3	4
居宅サービス計画の様式1～3表の目的について説明できる	1	2	3	4
目標に応じた必要なサービスを選び出すことができる	1	2	3	4
居宅サービス計画等と個別サービス計画の重要性について説明できる	1	2	3	4

(4) サービス担当者会議

【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
サービス担当者会議等により、アセスメントの結果を共有することの重要性を理解する	1	2	3	4
サービス担当者会議での共有にあたり、居宅サービス計画と個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する	1	2	3	4
複数サービス利用時にいて、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する	1	2	3	4
新規、更新、区分変更ごとのサービス担当者会議における検討の留意点について理解する	1	2	3	4
会議を開催するにあたり、事前の準備や開催当日の準備などの必要性を理解する	1	2	3	4

(5) モニタリング

【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解する	1	2	3	4
モニタリングにおける視点や手法、状況の変化等への対応を理解する	1	2	3	4
評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性和評価手法を習得する	1	2	3	4
居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について習得する	1	2	3	4
モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する	1	2	3	4

(6) 給付管理

【実習日 年 月 日 ()】

【目標】※実習前に記入し実習指導者と目標の確認を行うこと

修得内容	自己評価			
給付管理に関連する帳票等について説明できる	1	2	3	4
給付管理の一連の流れを説明できる	1	2	3	4
給付管理における、居宅サービス事業所と連携について説明できる	1	2	3	4
返戻や過誤について説明できる	1	2	3	4

見学実習報告書 () 日目

実習日ごとに記入してください。

受講番号	氏 名	見学実習実施日
		年 月 日 () 時～ 時
実習先事業所名		実習指導者名

実 習 内 容	午前	午後
場面と内容	理解できたこと又は見習いたいと思ったこと (印象深いことなども可)	
1日を通しての感想 (学び・気づき・疑問点等)		

実習指導者のコメント	
------------	--

(受入協力事業所 → 研修実施機関)

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習受入完了報告書（事業所用）

愛媛県社会福祉協議会会長 様

受入協力事業所名 _____

事業所代表者名 _____ ㊞

下記の者は、介護支援専門員実務研修における見学実習を完了したことを報告します。

1 見学実習実施状況

No.	受講者氏名	実習指導者氏名	実習期間
1			月 日 ～ 月 日 (日間)
2			月 日 ～ 月 日 (日間)
3			月 日 ～ 月 日 (日間)

※受入人数が多い場合は、別紙で一覧表を添付してください。

2 請求金額 _____ 円 (2,000円×____人)

3 送金先 ※必ずご記入ください。

金融機関名		支店名	
預金種類	普通預金 ・ 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

4 その他連絡事項

--

(受入協力事業所 → 研修実施機関)

愛媛県介護支援専門員実務研修 見学実習報告書（実習指導者用）

受講番号		受講者氏名	
受入協力事業所名			
実習指導者氏名			

【評価の方法】評価は4段階で行います。該当する数字に○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 概ねできた 4 できた

評価項目	評価の視点	評価点
服装・身だしなみ	服装・髪型等はふさわしいか	1 2 3 4
挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声かけは適切であったか	1 2 3 4
実習協力者対応	実習指導者、それ以外の協力者とも関係性を保ちコミュニケーションがとれたか	1 2 3 4
実践者	前期課程を理解して目的意識を持って見学していたか	1 2 3 4
運営協力	実習内容以外の事業所環境等に配慮することができていたか	1 2 3 4
業務関心	モニタリングや担当者会議への出席にあたり、情報収集などを積極的に行う姿勢があったか	1 2 3 4
規則遵守	時間などの約束を厳守できたか。実習報告書が作成できたか	1 2 3 4
①インテーク	各面接場面の修得目標を達成することができたか	1 2 3 4
②アセスメント		1 2 3 4
③プランニング		1 2 3 4
④サービス担当者会議		1 2 3 4
⑤モニタリング		1 2 3 4
⑥給付管理		1 2 3 4
実習指導者からの総合評価等		

Ⅲ ケアプラン作成実習

Ⅲ ケアプラン作成実習

1 ケアプラン作成実習の目的

実務研修の前期課程で、介護支援専門員として必要とされる基本的な知識・技術を学んできました。ケアプラン作成実習では、実際に実習協力者の協力を得て、アセスメント、ニーズ把握、ケアプラン作成の過程を行うことにより、学んだことを振り返り、反省点や疑問点を明確にし、後期課程の研修でさらに理解を深めることを目的とします。

2 ケアプラン作成実習の流れ

項 目	内 容	留意事項
(1) 実習計画の作成	実習内容を理解し、実習を期間内にどのようにすすめるのか、無理のないスケジュールを立てる。	実施に向けて準備する。
(2) 実習協力者の選定と約束の取り交わし	居宅で生活している要介護者1名（その家族を含む）に協力を求め、承諾書・誓約書を交わす。	実習協力者を選定し、確保する。【様式1・2】
(3) 社会資源調査表の作成	実習協力者が住む地域の社会資源調査を行う。（実習協力者に必要になると考えられる社会資源を探る。）	実習協力者の暮らす地域やサービスを理解する。【様式3】
(4) アセスメントのための実習協力者の訪問・面接	面接を通してアセスメントのための情報収集を行う。	実習協力者や家族を理解し、課題分析表を作成するための情報収集を行う。
(5) 課題分析表等の作成	訪問・面接で得た情報から課題分析表を作成する。	収集した情報から実習協力者の置かれている状況を分析し、理解を深める。【様式4・5・6・7】
(6) 居宅サービス計画書及び利用票簡易版の作成	居宅サービス計画を考える。令和8年3月を想定し、サービス利用票簡易版を作成する。	導き出した方針、ニーズ等から居宅サービス計画書等を作成する。【様式8・9】
(7) 実習報告書の作成	実習を振り返っての学びを記載する。	自己評価をしながら、振り返る。【様式10・11】
(8) 必要書類の提出	提出期限までに原本を提出する。提出書類のコピーを保管する。	ホッチキスは使用しない。
(9) 研修6日目の準備	提出した事例の様式3～9を7部コピーする。（両面印刷・ホッチキス止め可） 演習でメンバーに何を考えてほしいのか等を考える。	他者からの意見を参考に計画の見直しを準備する。

3 ケアプラン作成実習の内容と具体的な進め方

(1) 実習計画の作成

ケアプラン作成実習は相当な量の学習と作業の時間を要します。実務研修テキスト第12章～第14章（下巻P2～P85）に必ず目を通し、実習がどのようなものであるか理解を深め、5日目の研修を終えてから6日目の研修を迎えるまでの計画を立てて、実施してください。

(2) 実習協力者の選定

①実習協力者の要件

下記の2つの要件を満たしている方であることが選定の要件となります。

- 介護保険被保険者で要介護認定を受けている
- 居宅で生活をしている

- ・自立、要支援は対象外とし、要介護度1～3の方を対象とします。
やむを得ず要介護4・5の方で実習を行う場合は事前に事務局へ連絡をしてください。
事前の申し出がない場合、再提出を求めることがあります。
- ・グループホーム、ケアハウス、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者向け住宅等の利用者は除く。

②選定・依頼方法

受講者が各自で実習協力者を選定し、協力依頼を行ってください。

- ・家族、親族、知人
- ・現在（又は以前）の職場の利用者 など

※どうしても実習協力者が見つからず、見学実習の受入協力事業所に協力を依頼する場合は、必ず事前に実習指導者の承諾を得てください。

※研修実施機関（愛媛県社会福祉協議会）は、実習協力者の紹介はしていません。

③実習協力に関する承諾

実習協力者が決まったら、下記を十分に説明した上で、本人及び家族から承諾を得てください。

○実習の目的と内容

○受講者（実習生）の遵守事項

- ・実習に必要な情報以外は聞かない
- ・実習で得た個人情報、実習以外に使わない
- ・実習書類の文中や事例検討会においても個人名は出さない
- ・実習協力者に不利益なことは行わない
- ・実習協力者が答えたくない質問には無理に答えを求めない

- ・実習の協力を依頼する際には、「実習協力依頼文」（様式1）をご利用ください。
- ・実習協力者から承諾を得られた際には、「実習承諾書・実習誓約書」（様式2）を2通作成の上、1通を実習協力者に渡してください。様式2は実習が終了するまで保管してください。
また、様式2のコピーを事例と併せて提出してください。

【様式1】

【様式1】
令和 年 月 日

様

(介護支援専門員指定研修実施機関)
社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

令和2年度介護支援専門員実務研修の実習への協力依頼について

本会では、課題分析表又は居宅サービス計画書作成など、介護保険制度に

～省略～

【実習連絡先】

【研修実施機関連絡先】

【実習連絡先】は、受講者の連絡先を記載すること。

【様式2】

介護支援専門員実務研修実習承諾書

私及び私の家族は、____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、必要な情報を提供及び使用することを承諾します

～省略～

実習協力者 氏名 _____

ご家族代表 氏名 _____

介護支援専門員実務研修実習誓約書

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。

～省略～

氏名 _____

この様式内の署名は、自署とする。PCでの記入は不可。

(3) 社会資源調査票の作成

実習協力が生活する地域の中にある社会資源を調べて、各資源の特徴をまとめた「社会資源調査票」(様式3)を作成してください。実際に活用しているサービスに捉われることなく、今後のことも含めて必要だと思う資源についてもまとめてください。ここで収集した社会資源を居宅サービス計画に生かしていきます。

詳細な把握は、短期間では困難と思われます。実際に聞き取りする、インターネット等で調べる等、状況に応じて情報を収集してください。

どのような地域に住んでいるのか。
例えば、住宅街、商店街、山間部などの地理的なこと、老人会、隣近所のつながり、行事や交通の状況など(詳しく)。

実務研修テキスト上巻・第9章第6節(P515～520)を参考に記載すること。「あなたが実習(事例)協力を担当する介護支援専門員だった」として、利用者や家族に対し、必要な時に情報提供するための情報収集を考えて取り組んでください。調査後に見直しをして、加筆修正すること。

【様式3】記入例

社会資源調査票				【様式3】
～実習協力が住む地域の特徴・保健福祉に関する窓口・実習協力が必要と考えられる社会資源等～				No. 1
1 地域の特徴				
2 地域にある保健福祉に関する窓口 機関名(課名)				
行政機関	保健	保健センター 保健所など		
	福祉	高齢者福祉 介護保険		
地域包括支援センター			<p>実習(事例)協力が住む地域の行政など、保健福祉関係機関で行われているサービスについて記載すること。(ホームページなど参照)</p> <p>例えば、相談窓口(認知症、うつ等の相談ができる)ところは? 介護保険について知りたい場合は? 介護保険を申請する所は? 生活に困った時は? 成年後見制度について知りたい場合や相談する場合は?、集い、教室など。</p>	
社会福祉協議会				
(その他)				
3 実習協力が必要と考えられる社会資源				
①医療機関				
形態	医療機関名		必要と考えた理由	
通院	A病院		<p>なぜ、その医療機関を必要と考えたか、理由を記載すること。現在利用している場合は、単に利用しているからではなく、なぜ今利用しているのか、他に活用したい(今後必要になることが予想される)医療機関をあげると良い。認知症の診断が可能な医療機関、精神的な疾患の診療のできる医療機関、認知症のある人が他の疾患で入院できる医療機関なども調べておくとうい。</p>	
往診	Bクリニック			
入院				
②介護保険サービス				
サービス種類(事業所名)		特 徴		
訪問介護 A訪問介護事業所		<p>サービス提供の方針やサービスの内容、提供時間帯(深夜早朝等の対応状況)など。</p>		
<p>現在利用しているからという理由ではなく、利用し始めた理由を考えた上で選定すること。</p> <p>できれば、各々の事業をとらえ、実習(事例)協力が必要になるかもしれないという事業所を複数探してみること。</p> <p>選定が難しい場合は、様々なサービス事業所が何か所くらいあるのかということを押さえておくとうい。</p>				

No. 2	
サービス種類（事業所名）	特 徴
	<div> <記載例> 訪問理美容サービス、寝具乾燥サービス、 配達の食事サービスも行われている。 </div>
③介護保険外サービス	
○自治体サービス	
○有料サービス	
○ボランティア活動	<div> <記載例> ボランティアサークルで高齢者に対する 傾聴ボランティアを行っている。 </div>
○その他	
4 近隣との関係・地域との交流	<div> 地域の老人クラブ、町内会との交流状況、利用者が参加し たい祭り、敬老会などの地域行事も記載すること。 <記載例> 隣とは、古くからの付き合いがあり、茶飲み友達である。買 い物に行けない時はちょっとしたものなら買ってきてくれ る。 </div>
5 その他（日常品の購入等）	
6 実習協力者の暮らしを豊かにするために必要と思われる社会資源	<div> 生活を営むのに、食料品や日用品が購 入できる店、銀行、郵便局など、日頃利 用している所など。 </div>

（４）アセスメントのための実習（事例）協力者への訪問・面接

実習協力者の居宅を訪問して面接を行います。ここでの面接は、アセスメントや居宅サービス計画書を作成するためのものです。実習協力者の生活の全体像、ニーズ、ケア目標など、アセスメントに必要な情報の把握に努めてください。

（５）課題分析表の作成

課題分析標準項目に沿って課題分析を行い、「課題分析表」（様式４－①～②）及び「住宅の見取り図」（様式５）を作成してください。分析にあたっては、「演習シート（ＩＣＦ思考による課題整理・分析シート）」（様式６）及び「課題分析演習シート」（様式７）を作成してください。

課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行ってはならず、実習協力者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的と認められる適切な方法を用いることになっています。実習は、必要最低限で示されている課題分析標準項目に沿って分析してください。

【様式 4-①】

課題分析表			
基本情報に関する項目			
アセスメント日	令和〇〇年〇〇月〇〇日〇〇時〇〇分（〇初回・再（〇〇）回目）		
居宅サービス計画作成時の状況			
氏名・性別・年齢・住所・電話	性別	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）
		電話番号	
家族状況	ジェノグラム		
これまでの生活（生活歴）と現在の生活状況			
利用者の社会保障制度の利用情報	医療保険種別：〇〇 障害種別：〇〇種〇〇級〇（傷病名：〇〇〇〇〇〇〇） 年金種別：〇〇 その他（生保、特定疾患等）：〇〇		
現在利用している支援や社会資源の状況	（介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等）		
日常生活自立度	主治医意見書等	障害高齢者	認知症高齢者
	CM		
利用者・家族の主訴・意向			
認定情報	要介護度	年〇〇月〇〇日～年〇〇月〇〇日	申請 新規・更新・変更
	負担限度額認定	申請している・申請していない	負担割合

3・4・5 日目配付資料（事例シート）又は実務研修テキスト上巻（P268～）参照

手書き可。
1 日目資料（ジェノグラム）又は実務研修テキスト上巻（P299）参照

生活状況及び生活史（仕事等）など具体的に記入。

実務研修テキスト上巻 P276・P277 を確認し、2つの自立度を記入。

本人・家族の要望について記載。記載にあたっては、「本人」「家族（夫）」「家族（長女）」など、発言者を書き分ける。

介護保険負担割合証を確認する。

【様式 4-②】

アセスメントに関する項目	
健康状態 （現病歴や既往歴等日付など具体的に）	（健康状態及び心身、受診、服薬、自身の健康に対する理解や意識の状況等） （身長）〇〇〇〇（体重）〇〇〇〇（BMI）〇〇
本人のADL （「一部介助」のように一言にまとめず、状態や介助者等、具体的に記入すること）	寝返り： 起き上がり： 座位保持： 立位保持： 立ち上がり： 移乗： 移動方法： 歩行： 階段昇降： 食事： 整容： 更衣： 入浴： トイレ動作：
IADL及び介護（支援）の状況	調理： 掃除： 洗濯： 買い物： 服薬管理： 金銭管理： 電話： 交通機関の利用： 車の運転：
認知機能や判断能力	（認知機能の程度、判断能力、中核症状、周辺症状等）
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	（視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通、コミュニケーション機器の使用等）
生活リズム	（1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、休息・睡眠の状況等）

既往歴（発症年月等を含む）・主疾病（発症年月等を含む）・病状・痛み・麻痺・拘縮・主治医・服薬状況等を記入する。

「全介助」「一部介助」のように一言にまとめず、ADLの各項目に関する状態や、支えている介助者は誰なのか等、具体的に記入すること。

各項目における記載内容は、実務研修3・4・5日目配付資料及びテキスト上巻（P271～）参照
事例提供者以外の人を読んで理解できるよう具体的に記入

【様式 5】

住宅の見取り図

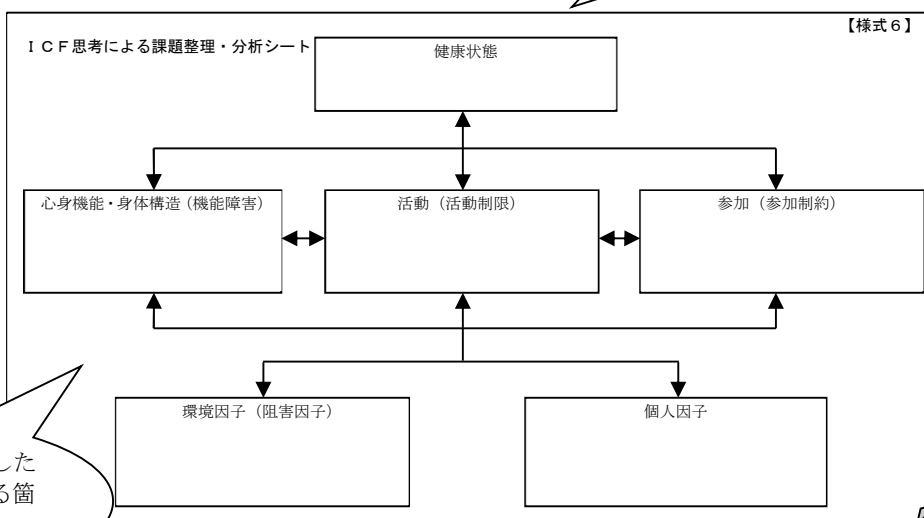
▲段差 → 生活動線

※居室内の生活スペースの環境も記載（生活動線・危険箇所・整理整頓や住宅改修状況など）

居住環境 （自宅周囲の 環境及び利 便性も含む）	
-----------------------------------	--

段差や生活動線の記入を
忘れずに。

【様式 6】



【様式 7】

主訴 または 相談時の思い		自立した日常生活の 阻害要因（心身の状 況・環境等）	① ③ ⑤	② ④ ⑥・・・
---------------------	--	----------------------------------	-------------	----------------

現状の生活における 困りごと	現状の生活における困り ごとの原因・要因・背景	困りごとに対する本人・ 家族の思いや希望	将来予測を踏まえた ケアマネとしての判断	生活全般の解 決すべき課題 (ニーズ)

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	
--------------------------------------	--

総合的な援助 の方針	
---------------	--

(6) 居宅サービス計画書の作成

研修３・４・５日目の演習「ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術」をもとに、課題分析を行い、「居宅サービス計画書」（様式８―①～③）と「サービス利用票簡易版（実習用）」（様式９）を作成してください。既存のサービス計画を真似るのではなく、アセスメントから導き出した結果に基づき、必ず自分で計画を立ててください。

「サービス利用票簡易版」の作成にあたり、単位数等は、インターネット等を活用し、自分で調べてください。

【様式８―①】

第１表		【様式８―①】
居宅サービス計画書（１）		
利用者氏名	殿	生年月日 年 月 日 住所
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（ ）	

現在の要介護度に○を付ける。

記載不要

【様式８―②】

第２表		【様式８―②】						
居宅サービス計画書（２）								
利用者氏名		殿						
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	（背景・要因）	目 標		援助内容				
		長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	頻度	期間	
（ニーズ）	（背景・要因）							
（ニーズ）	（背景・要因）							
（ニーズ）	（背景・要因）							
（ニーズ）	（背景・要因）							

「背景・要因」を必ず記入。

例) R8/3/1～R8/5/31

※期間については事例によって時期が異なります。書き方のみ上記の例を参考にしてください。

【様式 8－③】

第 3 表

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書(3)

利用者名(仮名) 様		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								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外
のサービス

「主な日常生活上の活動(サービス以外の本人の1日の生活サイクル)」を具体的に記入。

「週単位以外のサービス」は短期入所サービス、福祉用具貸与・購入、病院受診などを記入。

令和 8 年3月を想定し、作成すること。

【様式 9】

【様式 9】

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	1 回当たり単位	利用予定回数	単位数計
訪問系			
通所系			
短期入所系			
福祉用具貸与			
合計利用単位数			単位
支給限度基準額単位数			単位
支給限度内利用単位数			単位 (a)
超過利用単位数			単位 (b)

利用者負担額計算書

支給限度内負担額	(a) × 10 円 × 0.1※	円
支給限度調査額	(b) × 10 円	円
その他利用者負担額		円
利用者負担額合計		円

※所得が多い利用者は、2～3割負担となる場合があり、…

(参考) 居宅支援サービス費等区分支給限度基準額

要介護状態区分	区分支給限度基準額
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位
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

その他利用者負担内訳

内訳	金額
	円
	円
	円
合計	円

(7) 実習報告書の作成

実習全般を振り返り、「実習自己評価表」(様式 10) と「実習のまとめ」(様式 11) を作成してください。

「実習のまとめ」(様式 11) は、それぞれの項目ごとに、実施状況、学んだこと、困難だったこと、疑問点、反省点を記載してください。

【様式 10】

実習自己評価表		【様式 10】
実習者氏名 []		
実習のポイント	自己評価	
①実習(事例)協力者に実習の目的や内容を説明し、了解を得ることができた。	1 2 3 4 5	
②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。	1 2 3 4 5	
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。	1 2 3 4 5	
④「課題分析表」の作成ができた。	1 2 3 4 5	
⑤「社会資源票」の作成ができた。	1 2 3 4 5	
⑥実習(事例)協力者のニーズを把握することができた。	1 2 3 4 5	
⑦「ケアの目標」を設定することができた。	1 2 3 4 5	
⑧ケアプランに組み込むサービスの目標や内容を明確にすることができた。	1 2 3 4 5	
⑨「サービス利用票簡易版」の作成ができた。	1 2 3 4 5	
⑩実習(事例)を通してこれまで気がつかなかった発見や気づきを得ることがあった。	1 2 3 4 5	

※ 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

【様式 11】

実習のまとめ		【様式 11】
実習者氏名 []		
<p>実習協力者の選定</p> <p>1 どなたを実習協力者に選びましたか。</p> <p>ア 家族・親戚 イ 知人 ウ 近所の人 エ 勤務先の利用者・患者 オ その他 ()</p> <p>2 実習協力者をどのように選びましたか。</p> <p>ア 自分で探した イ 紹介してもらった(具体的に)</p> <p>3 実習協力者を探すことは困難でしたか。</p> <p>ア はい(具体的に:) イ いいえ</p>		
<p>社会資源調査票の作成</p> <p>1 どのように調査を行いましたか。(複数回答可)</p> <p>ア インターネット イ 自治体の窓口・発行物 ウ 地域包括支援センター エ 事業所に直接問い合わせ オ 社会福祉協議会 カ 利用者・家族から聞いた キ その他 ()</p> <p>2 社会資源調査を通じて学んだ点について記入してください。</p>		
<p>アセスメントのための面接</p> <p>1 面接にかかった時間 約 時間 分</p> <p>2 面接ではどのようなことに気をつけましたか。</p> <p>3 面接では、どのような点を学びましたか。</p>		
<p>課題分析表の作成</p> <p>1 実習協力者の状態を十分に把握することができましたか。アはい イいいえ</p> <p>2 把握しやすかった(しにくかった)項目は何ですか。(家族状況、主訴、ADL、居住環境など)</p> <p>把握しやすかった項目: 把握しにくかった項目:</p> <p>3 実習協力者の状態を把握するためには、どのような点に留意する必要があると考えますか。</p>		
<p>居宅サービス計画書の作成</p> <p>1 アセスメント内容に基づき、どのような点を考慮してケアプランを立てましたか。</p> <p>2 ケアプランの作成は難しかったですか。</p> <p>ア はい(具体的に:) イ いいえ</p>		
<p>実習(事例)全般で気づいたこと、反省・疑問点など</p>		

4 ケアプラン作成実習報告書等の提出

(1) 作成に関する留意事項

- ①提出書類は、手書きではなく、パソコンで作成してください。ただし、ジェノグラムや住宅の見取り図等の作図については手書きでも結構です。
- ②様式データ（Word版・Excel版）は、本会ホームページ（<https://www.ehime-shakyo.or.jp/>）のトップページ上の『研修・資格』→『介護支援専門員法定研修』→『06 介護支援専門員実務研修』からダウンロードしてください。
- ③実習に際しては、事前に調査対象者や家族等の同意を得るとともに、特に実習協力者の安全の確保、知り得た秘密の厳守について万全を期してください。【様式2】
- ④倫理的な情報配慮について
事例の提出時には、特定の個人を識別できる情報に最大限の変更や隠匿を行ってください。注意が必要な情報には、氏名、居住地、年齢、利用施設名、援助者の氏名、職業等が含まれます。以下の点に留意してください。
 - 個人や事業所等の固有名詞は、特定化できない記載方法（例：Aさん、B事業所など）としてください。
 - 本人の生年月日は、記載しないこととし、年齢は「〇〇代後半」等の標記を行ってください。
 - 市町名や希少な場所等についても配慮を行ってください。（例：M市、O市、U市などは、松山、大洲、宇和島市と判定できるため、無作為なアルファベット標記とする。）
 - 職歴に関しては、職場名などの詳細な情報の開示を控えてください。（例：会社員・公務員等）
- ⑤項目事項において、特に記載事項がない場合は、「特になし」又は斜線等、空欄のないようご注意ください。

(2) 提出方法

- ①下記の提出書類を全て講師用として1部提出してください。
- ②下記の提出先に郵送で提出してください。
- ③提出する書類は必ずコピーし、手元に原本を残してください。
- ④講師用提出の際は、片面でコピーし、ホッチキスは使用しないでください。

【提出書類一覧】

No.	提出する書類	様式No.
1	ケアプラン作成実習報告書表紙	—
2	介護支援専門員実務研修実習承諾書	様式2
3	社会資源調査票	様式3
4	課題分析表	様式4－①、4－②
5	住宅の見取り図	様式5
6	ICF思考による課題整理・分析シート	様式6
7	課題分析演習シート	様式7
8	居宅サービス計画書（1）	様式8－①
9	居宅サービス計画書（2）	様式8－②
10	週間サービス計画表	様式8－③
11	サービス利用票簡易版（実習用）	様式9
12	実習のまとめ	様式11

(3) 提出期日

令和8年2月10日（火） 消印有効

※提出期限までに提出がない場合は、以後の研修を受講できませんのでご注意ください。

(4) 提出先・問合せ先

〒790-8553

松山市持田町三丁目8番15号 愛媛県総合社会福祉会館2階

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課 (担当: 平田・久保・渡邊)

TEL 089-921-8359 / FAX 089-921-3398

Eメール caremane@ehime-shakyo.or.jp / URL <https://www.ehime-shakyo.or.jp/>

※提出課題は、折り目がつかないように、『角2の封筒』(縦33.2cm、横24cm)で提出してください。

提出時は、封筒に「ケアプラン作成実習報告書在中」と記載してください。

5 研修6日目（2月28日又は3月1日）の準備及び持参資料

（1）演習用資料

- ①実習で作成した書類（p32 提出書類一覧 No. 1～11）は、研修7日目のグループ演習でグループ単位（1グループ7人程度）の演習資料として使用します。
- ②6日目の研修受講の際に必ず7部コピーしてお持ちください。
- ③資料は、提出書類一覧の順番で左上1か所をホッチキスで1部ずつ綴じてください。（両面印刷可）

（2）報告資料

6日目の研修受講の際に必ず「実習自己評価表」（様式10）を1部お持ちください。

6 ケアプラン作成実習の様式集

表紙	ケアプラン作成実習報告書表紙
様式1	実習協力依頼文
様式2	実習承諾書・実習誓約書
様式3	社会資源調査票
様式4－①～②	課題分析表
様式5	住宅の見取り図
様式6	I C F思考による課題整理・分析シート
様式7	課題分析演習シート
様式8－①	居宅サービス計画書（1）
様式8－②	居宅サービス計画書（2）
様式8－③	週間サービス計画表
様式9	サービス利用票簡易版（実習用）
様式10	実習自己評価表
様式11	実習のまとめ

令和 7 年度

介護支援専門員実務研修

ケアプラン作成実習報告書

※この表紙に次の書類を添付し提出してください。

※提出前に□にチェックをしてください。☑ ■の書類は提出する必要はありません。

□ケアプラン作成実習報告書表紙

■依頼文

【様式 1】

□実習承諾書・誓約書

【様式 2】

□社会資源調査票

【様式 3】

□課題分析表

【様式 4-①～②】

□住宅の見取り図

【様式 5】

□ICF課題整理・分析シート

【様式 6】

□課題分析演習シート

【様式 7】

□居宅サービス計画書（1）

【様式 8-①】

□居宅サービス計画書（2）

【様式 8-②】

□週間サービス計画表

【様式 8-③】

□サービス利用票簡易版（実習用）

【様式 9】

■実習自己評価表

【様式 10】

□実習のまとめ

【様式 11】

【注意事項】

- 1 報告書の内、提出する書類の記載は、パソコンで作成してください。
- 2 様式データは、本会ホームページ（<http://www.ehime-shakyo.or.jp/>）のトップページ上の『研修・資格』→『介護支援専門員研修』→『06 介護支援専門員実務研修』からダウンロードしてください。
- 3 提出期限【2月10日（火）】消印有効 講師用として1部郵送にて提出してください。
- 4 講師用提出の際は、片面で印刷し、ホッチキスは使用しないでください。
- 5 講師用とは別に研修当日（6日目）に必ず7部コピーしてお持ちください（両面可）。
- 6 上記書類が提出されない場合は、以後の研修を受講できませんのでご注意ください。

研修日 (いずれかに○)	2月28日（土）・3月1日（日）					
受講番号	2	5				
受講者氏名						
連絡先						

※連絡先は、日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

※連絡先は、講師用の提出の際は記入し、6日目の演習では必要ありません。

【様式 1】

令和 年 月 日

様

(介護支援専門員指定研修実施機関)
社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

令和 7 年度介護支援専門員実務研修の実習への協力依頼について

本会では、課題分析表又は居宅サービス計画書作成など、介護保険制度において、皆様の身近でかつ重要な役割を担う介護支援専門員を養成するために、標記研修を実施しており、その一環として実践形式の実習を行っております。

つきましては、あなたに本実習における対象者としてご協力いただきたくお願い申し上げます。

本実習では、(職種) (氏名) が、あなたとご家族から現在の生活状況等を伺い、居宅サービス計画書を作成し、研修の中で事例として活用させていただきます。

お伺いした個人情報に関しては、年齢及び性別以外は、個人を特定できるような項目を削除し、研修関係者以外に漏れることのないよう十分に配慮しますので、研修の趣旨をご理解の上、ご協力いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

【実習連絡先】

住所

氏名

電話番号

【研修実施機関連絡先】

〒790-8553
松山市持田町三丁目 8 番 1 5 号
愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 長寿推進課
TEL 089-921-8359
FAX 089-921-3398

介護支援専門員実務研修 実習承諾書

私及び私の家族は、_____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、必要な情報を提供及び使用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

令和____年____月____日

実習協力者 氏名 _____

ご家族代表 氏名 _____

介護支援専門員実務研修 実習誓約書

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当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、目的と関係ないことはお聞きしません。
- 2 実習で知り得た情報は、実習以外の目的には使用しません。また、実習以外場で漏らすことはしません。
- 3 実習で作成する上記の書類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特定できる情報は記載しません。
- 4 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、あなたの不利益になることはしません。

以上、お約束します。

令和____年____月____日

氏名 _____

※ 2 通作成の上、1 通を実習協力者に渡し、もう 1 通は受講者が保管してください。

社会資源調査票

【様式3】

～実習協力者の住む地域の特徴・保健福祉に関する窓口・実習協力者に必要と考えられる社会資源等～
No.1

1 地域の特徴

--	--	--	--	--	--

2 地域にある保健福祉に関する窓口

部門			機関名(課名)	所在地・連絡先	担当する業務内容
実際の機関名・窓口を記入	行政機関	保健	保健センター 保健所 など		
		福祉	高齢者福祉 介護保険		
	地域包括支援センター				
	社会福祉協議会				
	(その他)				

3 実習協力者に必要と考えられる社会資源

①医療機関

形態	医療機関名	必要と考えた理由
通院		
往診		
入院		

②介護保険サービス

サービス種類(事業所名)	特徴

サービス種類(事業所名)	特 徴
③介護保険外サービス	
○自治体サービス	
○有料サービス	
○ボランティア活動	
○その他	
4 近隣との関係・地域との交流	
5 その他（日常品の購入等）	
6 実習協力者の暮らしを豊かにするために地域にあればよいと思う社会資源	

課題分析表

基本情報に関する項目					
アセスメント日	令和 年 月 日 [初回・再()回目]				
居宅サービス計画作成時の状況					
氏名・性別・年齢・住所・電話	A	性別		生年月日	年※月※日(歳)
				電話番号	
家族状況					ジェノグラム
これまでの生活(生活歴)と現在の生活状況					
利用者の社会保障制度の利用情報	医療保険種別： 障害種別： 種 級 (傷病名：) 年金種別： その他(生保、特定疾患等)：				
現在利用している支援や社会資源の状況	(介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等)				
日常生活自立度		障害高齢者		認知症高齢者	
	主治医意見書等 介護支援専門員				
利用者・家族の主訴・意向					
認定情報	要介護度		年 月 日～ 年 月 日	申請	新規・更新・変更
	負担限度額認定	申請している・申請していない		負担割合	

アセスメントに関する項目	
健康状態 (現病歴や既往歴等日付 など具体的に)	(健康状態及び心身の状況、受診、服薬、自身の健康に対する理解や意識の状況等) (身長) (体重) (BMI)
本人のADL (「一部介助」のように一 言にまとめず、状態や介 助者等、具体的に記入す ること)	寝返り： 起き上がり： 座位保持： 立位保持： 立ち上がり： 移乗： 移動方法： 歩行： 階段昇降： 食事： 整容： 更衣： 入浴： トイレ動作：
IADL及び介護 (支援)の状況	調理： 掃除： 洗濯： 買い物： 服薬管理： 金銭管理： 電話： 交通機関の利用： 車の運転：
認知機能や判断能力	(認知機能の程度、判断能力、中核症状、周辺症状等)
コミュニケーションにお ける理解と表出の状況	(視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通、コミュニケーション機器の使用等)
生活リズム	(1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、休息・睡眠の状況等)

排泄の状況	(排泄場所・方法、尿意や便意、排泄リズム、排泄内容等) 排尿： 排便：
清潔の保持に関する状況	(入浴・整容状況、皮膚・爪の状況、寝具・衣類の状況等)
口腔内の状況	(歯・義歯の状況、かみ合わせ、口腔内の汚れ・口臭・出血等口腔ケアの状況等)
食事摂取の状況	(食事摂取状況、水分量、摂食嚥下機能、食事制限の有無等)
家族や地域等社会との関わり	(家族等との関わり、地域との関わり、仕事等との関わり等)
家族等の状況	(本人の日常生活・意思決定に関わる家族の状況、支援への参加状況、配慮すべき点)
その他留意すべき事項・状況	(虐待、経済的困窮、医療依存度が高い状況、看取り等)

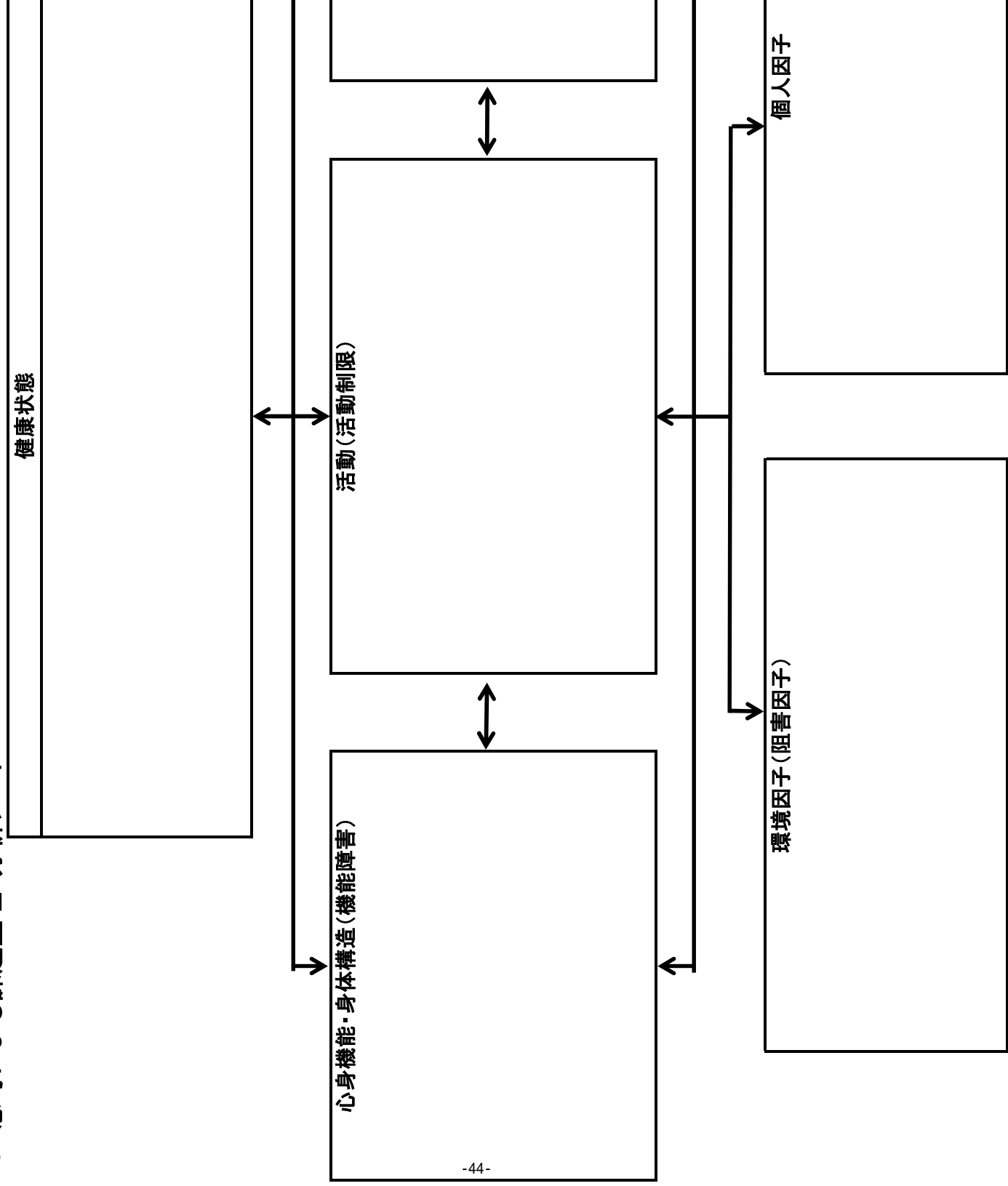
住宅の見取り図

▲段差 → 生活動線

※居宅内の生活スペースの環境も記載（生活動線・危険個所、整理整頓や住宅改修状況など）



<p>居住環境 （自宅周囲の 環境及び利便性 も含む）</p>	
---	--



課題分析演習シート

主 訴 または 相談時の思い	自立した日常生活の阻害要因 (心身の状況・環境等)	① ③ ⑤ ⑦ ⑨ ⑪	② ④ ⑥ ⑧ ⑩ ⑫
----------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------

現状の生活における 困りごと	現状の生活における困りごとの 原因・要因・背景	困りごとに対する 本人・家族の思いや希望	将来予測を踏まえた ケアマネとしての判断(見立て・見通し)	生活全般の解決 すべき課題(ニーズ)
(1)				↑
(2)				↑
(3)				↑
(4)				↑

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	総合的な援助の 方針
--	---------------

第 1 表

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書（1）

利用者名（仮名）様 生年月日 年 月 日 住所
 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. 家族等が障がい、疾病等 3. その他（ ）

作成年月日 年 月 日

第 2 表

居宅サービス計画書（2）

利用者名（仮名）様

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
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										
(ニーズ)										
(背景・要因)										

※1 「保険給付の対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについてはO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。

作成年月日 年 月 日

週間サービス計画表

利用者名（仮名）様		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
	0 : 00								
深夜	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								
	24 : 00								

週単位以外 のサービス	
----------------	--

サービス利用票簡易版（実習用）

（令和 8 年 3 月を想定してみましょう）

利用単位数計算書

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

利用者負担額計算書

支給限度内負担額	(a) × 10円 × ____※	0円
支給限度超過額	(b) × 10円	0円
その他利用者負担額		0円
利用者負担額合計		0円

※所得が多い利用者は 2 ～ 3 割負担（0.2～0.3）となる場合があります、介護保険負担割合証で確認できます。

（参考）居宅介護サービス費等区分支給限度基準額

要介護状態区分等	区分支給限度基準額
要支援 1	5, 0 3 2 単位
要支援 2	1 0, 5 3 1 単位
要介護 1	1 6, 7 6 5 単位
要介護 2	1 9, 7 0 5 単位
要介護 3	2 7, 0 4 8 単位
要介護 4	3 0, 9 3 8 単位
要介護 5	3 6, 2 1 7 単位

その他利用者負担内訳

内訳	金額
	0円
	0円
	0円
	0円
	0円
	0円
合計	0円

実習自己評価表

受講者氏名 _____

実習のポイント	自己評価				
①実習協力者に実習の目的や内容を説明し、了解を得ることができた。	1	2	3	4	5
②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。	1	2	3	4	5
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。	1	2	3	4	5
④「課題分析表」の作成ができた。	1	2	3	4	5
⑤「社会資源調査票」の作成ができた。	1	2	3	4	5
⑥実習協力者のニーズを把握することができた。	1	2	3	4	5
⑦「ケアの目標」を設定することができた。	1	2	3	4	5
⑧ケアプランに組み込むサービスの目標や内容を明確にすることができた。	1	2	3	4	5
⑨「サービス利用票簡易版」の作成ができた。	1	2	3	4	5
⑩実習を通してこれまで気がつかなかった発見や気づきを得ることがあった。	1	2	3	4	5

- ※ 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

実習のまとめ

受講者氏名

実習協力者の選定	
1 どなたを実習協力者に選びましたか。	
ア 家族・親戚	
イ 知人	
ウ 近所の人	
エ 勤務先の利用者・患者	
オ その他()	
2 実習協力者をどのように選びましたか。	
ア 自分で探した	
イ 紹介してもらった(具体的に:)	
3 実習協力者を探すことは困難でしたか。	
ア はい(具体的に:)	
イ いいえ	
社会資源調査票の作成	
1 どのように調査を行いましたか。(複数回答可)	
ア インターネット	
イ 自治体の窓口・発行物	
ウ 地域包括支援センター	
エ 事業所に直接問い合わせ	
オ 社会福祉協議会	
カ 利用者・家族から聞いた	
キ その他	
2 社会資源調査を通じて学んだ点について記入してください。	
アセスメントのための面接	
1 面接にかかった時間 約__時間__分	
2 面接ではどのようなことに気をつけましたか。	
3 面接ではどのような点を学びましたか。	
課題分析表の作成	
1 実習協力者の状態を十分に把握することができましたか。 ア はい イ いいえ	
2 把握しやすかった(しにくかった)項目は何ですか。(家族状況、主訴、ADL、居住環境など)	
把握しやすかった項目:	
把握しにくかった項目:	
3 実習協力者の状態を把握するためには、どのような点に留意する必要があると考えますか。	
居宅サービス計画書の作成	
1 アセスメント内容に基づき、どのような点を考慮してケアプランを立てましたか。	
2 ケアプランの作成は難しかったですか。	
ア はい(具体的に:) イ いいえ	
実習(事例)全般で気づいたこと、反省・疑問点など	

IV 參考資料

愛媛県介護支援専門員実務研修実習実施要領

（目的）

第1条 本要領は、社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会（以下「本会」という。）が、愛媛県の指定を受けて実施する介護支援専門員実務研修における実習の実施に当たり、必要な事項を定め、実習の円滑な実施と質の高い介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

（定義）

第2条 この要領において「実習」とは、「介護支援専門員実務研修実施要綱」（平成26年7月4日老発0704第2号厚生労働省老健局長通知）3（2）に記載される「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」をいう。

2 この要領において「実習協力者」とは、次に掲げる者をいう。

（1）居宅で生活している介護保険の被保険者で、要介護認定を受けている者（要支援者は除く。）

（2）病院又は施設に入院・入所している介護保険の被保険者で、退院・退所が決まり、居宅での生活が始まる者

3 この要領において「受入協力事業所」とは、愛媛県に受講者の受け入れにかかる「見学実習受入協力事業所」の登録を行っている事業所をいう。

4 この要領において「実習指導者」とは、前項の登録を行った受入協力事業所に所属する主任介護支援専門員をいう。

（実習の内容）

第3条 実習において、受講者は、一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶとともに、多様な要介護高齢者に対応したケアマネジメントを経験することを通じて、ケアマネジメントの実践に当たっての留意点や今後の学習課題を認識する。

2 実習は次の各号から構成され、受講者はその両方を行わなければならない。

（1）居宅の利用者についてのアセスメント及びケアプラン作成実習（以下「ケアプラン作成実習」という。）

① 受講者は、自らの責任で実習協力者を探し、書面による同意を得た上で、実際のアセスメントを擬似的に体験し、次に掲げる書類を作成する。

- ・社会資源調査票（様式3）
- ・課題分析表（様式4）
- ・住宅の見取り図（様式5）
- ・ICF課題整理・分析シート（様式6）
- ・課題分析演習シート（様式7）
- ・居宅サービス計画書（1）（様式8－①）
- ・居宅サービス計画書（2）（様式8－②）
- ・週間サービス計画表（様式8－③）
- ・サービス利用票簡易版（様式9）
- ・実習のまとめ（様式11）

(2) ケアマネジメントプロセスの見学実習（以下「見学実習」という。）

① 受講者は、本会から指定のあった受入協力事業所の実習指導者に同行した上で、次に掲げる現場のケアマネジメントプロセスの場面を見学する。

なお、ケアマネジメントの各場面の対象者（実習協力者等）は、同一の利用者としなくてもよいものとする。

- ・インテーク場面
- ・アセスメント場面（同行による利用者の居宅訪問等）
- ・プランニング場面（ケアプランの策定）
- ・サービス担当者会議場面（準備又は同席）
- ・モニタリング場面（同行による利用者の居宅訪問等）
- ・給付管理場面

② 見学実習は、概ね3日程度の日程で行うものとする。

③ 実習指導者の都合等により、実習期間中に上記の場面に立ち会えない場合は、実習指導者から、上記それぞれのケアマネジメントプロセスの説明を受けることをもって実習に代えることができるものとする。ただし、居宅で生活している利用者宅への同行訪問による見学は必須とする。

④ 見学実習の場所は、原則として受入協力事業所及び実習協力者の自宅等とし、必要に応じて受入協力事業所及び実習指導者が定める。

（実習にかかる費用）

第4条 実習にかかる費用（以下「見学実習費」という。）は、実務研修受講料とは別に受講者が負担するものとし、その額は1人当たり2,000円とする。

2 実習生は、見学実習費を実務研修受講料と合わせて本会に支払うものとする。

3 本会は、見学実習終了後、見学実習費を受入協力事業所に支払うものとする。

4 このほか、実習を行うに当たって発生する交通費、宿泊費、飲食費、その他必要な実費については、受講者が負担する。

（愛媛県の役割）

第5条 愛媛県は、「愛媛県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録要綱」に基づき、「見学実習受入協力事業所一覧」を作成し、本会に通知する。

2 愛媛県は、見学実習の実施に当たり、受入協力事業所向けに「見学実習の手引き」を作成し、説明会を開催する。

3 愛媛県は、介護支援専門員研修の指定者として、受講者、受入協力事業所、本会の総合調整を行う役割を担う。

（本会の役割）

第6条 本会は、受講者向けに「実習の手引き」を作成して配付するとともに、実習前に実習オリエンテーションを行う。当該オリエンテーションでは、実務研修における実習の位置づけと目的、実習内容、実習における心構え等について説明を行い、受講者が円滑に実習に取り組むことができるように努める。

2 本会は、愛媛県から「見学実習受入協力事業所一覧」の提供を受け、受講者のマッチングを行う。

- 3 本会は、受講者に起因する問題（素行不良等）が発生した場合には、受講者に対し、受入拒否の通知を行う。
- 4 本会は、実習終了後、受講者から「見学実習記録」及び「見学実習報告書」の提出を受け、指定の課題等を確認すること等により、見学実習の修了評価を行う。
- 5 本会は、個人情報保護法及び介護保険法の趣旨に則り、受講者の個人情報について守秘義務を負う。

（受講者の役割）

- 第7条 受講者は、ケアプラン作成実習に先立ち、自らの責任において実習協力者を探し、書面での同意を得なければならない。また、見学実習に先立ち、実習の実施日程等について調整の上、書面での同意を得なければならない。
- 2 受講者は、実習協力者及び受入協力事業所の権利を侵害しないよう、適切な配慮をもって実習に取り組む。
なお、受講者が実習中の過失等により、受入協力事業所又は受入協力事業所の利用者及び第三者に損害を与えた場合は、受入協力事業所に故意又は過失がある場合を除き、受講者がその賠償責任を負う。
 - 3 受講者は、第3条に定めるとおり、ケアプラン作成実習及び見学実習ともに、指定の期日までに実習の成果物・報告書等を作成し、本会に提出しなければならない。期日までにこれらの書類を提出しない場合、実習以降のカリキュラムを受講することはできず、研修課程を修了できない。
 - 4 受講者は、個人情報保護法及び介護保険法の趣旨に則り、実習期間中に知り得た事実について、実習期間中はもとより実習終了後においても、守秘義務を負う。

（受入協力事業所・実習指導者の役割）

- 第8条 受入協力事業所及び実習指導者は、受講者の権利を侵害しないよう、適切な配慮を行うとともに、その個人情報について守秘義務を負う。
- 2 受入協力事業所及び実習指導者は、第3条第2項（2）に定める見学実習について、受講者が適切に実習を行えるよう、その環境整備を行う。
 - 3 受入協力事業所及び実習指導者は、見学実習を行うに当たり、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行った上で、書面をもって同意を得るとともに、実習協力者の権利を侵害しないよう、適切な配慮を行うものとする。
 - 4 受入協力事業所及び実習指導者は、見学実習の実施内容について、受講者が所持する見学実習記録用紙及び見学実習報告書に意見・助言を記載する。
 - 5 受入協力事業所及び実習指導者は、見学実習修了後、「見学実習受入完了報告書」及び「見学実習報告所」を作成し、本会に提出する。

（緊急時の対応）

- 第9条 受講者は、病気、不慮の事故等で、指定の日時に実習に行けない場合、速やかに受入協力事業所に連絡するものとする。
- 2 受入協力事業所は、実習期間中に事故等が発生した場合、速やかに本会及び愛媛県へ報告する。

(実習の質の向上に向けた取り組み)

第 10 条 本会は、介護支援専門員実務研修における実習の質を向上させるため、受入協力事業所から提出された見学実習報告書等の内容を確認し、実習の実施動向等を愛媛県介護支援専門員研修向上委員会に報告する。

(その他)

第 11 条 この要領に定めるもののほか、実習の実施に必要な事項は、愛媛県と本会が協議の上、決定する。

附 則

この要領は、平成 29 年 11 月 28 日から施行する。

愛媛県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録一覧(R7年度)

No.	事業所名	事業所〒	事業所住所	事業所電話
1	居宅介護支援事業所 愛媛生協病院	791-1102	松山市来住町1091-1	089-976-7133
2	指定居宅介護支援事業所 幸富久荘	791-8034	松山市富久町412番地1	089-972-8344
3	指定居宅介護支援事業所 梅本の里	791-0244	松山市水泥町961番地	089-975-8077
4	居宅介護支援事業所 松山市医師会	790-0014	松山市柳井町2丁目85番地	089-915-7707
5	居宅介護支援事業所 鷹の子病院・たかのご館	790-0925	松山市鷹子町525-1	089-976-5564
6	貞本病院居宅介護支援事業所	790-0052	松山市竹原町1丁目4番地2	089-947-4872
7	在宅介護支援センター安寿荘	791-8006	松山市安城寺町1427-1	089-978-6930
8	在宅介護支援センター福角の里	799-2652	松山市福角町乙69番地1	089-979-3634
9	居宅介護支援事業所 ていれぎ荘	791-0244	松山市水泥町405番地1	089-975-5558
10	南高井居宅介護支援事業所	791-1112	松山市南高井町320番地1	089-976-7791
11	済生会にぎたつ苑	791-8026	松山市山西町841-1	089-951-1514
12	アトムケアサポート	790-0951	松山市天山2丁目4番17号	089-913-1666
13	済生会介護支援センター姫原	791-8012	松山市姫原1丁目1656番地	089-926-8355
14	有限会社山起会ライフサプライ	790-0952	松山市朝生田町1丁目12-2	089-931-0078
15	ミネルワ居宅介護支援事業所	791-8036	松山市高岡町301番地1	089-972-3040
16	アユーラ居宅介護支援事業所	790-0961	松山市日の出町10番80号	089-968-1880
17	居宅介護支援事業所和光苑	791-1114	松山市井門町1099番地	089-969-0007
18	ベストケア株式会社居宅介護支援事業所	791-8013	松山市山越5丁目9番地6	089-911-0101
19	MMCドリームサービス	790-0067	松山市大手町2丁目7番地7	089-915-5888
20	社会福祉法人恩賜財団済生会 松山特別養護老人ホーム在宅介護サービス	791-8016	松山市久万ノ台1717番地	089-927-0252
21	居宅介護支援事業所 ほわいと	790-0964	松山市中村3丁目1番9号	089-913-0913
22	居宅介護支援事業所みかん	791-8016	松山市久万ノ台1206番地2	089-989-0277
23	居宅介護支援事業所 アップル	791-8067	松山市古三津4丁目625番地	089-953-3331
24	居宅介護支援事業所 エフ	790-0964	松山市中村3丁目3-4中村ビル202号	089-904-4306
25	居宅介護支援事業所 エナジー	790-0951	松山市天山3丁目10-28忽那ビル階206号	089-961-1155
26	居宅介護支援事業所 珠の実	790-0046	松山市余戸西3丁目9-29	089-989-9089
27	居宅介護支援事業所 味酒野ていれぎ荘	791-8025	松山市衣山5丁目719番地1	089-989-5571
28	居宅介護支援事業所 あいえ	790-0915	松山市松末1丁目4-8	089-916-7457
29	いよ居宅介護支援事業所	790-0043	松山市保免西2丁目1-2	089-905-6672
30	居宅介護支援事業所たいよう	799-2439	松山市片山甲165	089-948-8784
31	ベテルケアプランセンター	790-0833	松山市祝谷6丁目1229番地	089-926-5575
32	居宅介護支援事業所てんこう	791-8032	松山市南斎院町1338番地105	089-906-5583
33	居宅介護支援事業所 サンシティ北条	799-2407	松山市下難波甲1377番地2	089-993-0330
34	指定居宅介護支援事業所ルクス	790-0964	松山市中村1丁目2番 26-1号	089-906-0173
35	指定居宅介護支援事業所おあしす	790-0923	松山市北久米町1004番地7	089-958-8375
36	居宅介護支援事業所 小粋	790-0941	松山市和泉南四丁目2-24堀ビル42号	089-993-6586
37	居宅介護支援事業所松山南	791-1104	松山市北土居一丁目15番24号	089-993-5262
38	居宅介護支援事業所れんげ	790-0932	松山市東石井一丁目11番30号	089-905-0166
39	おひさまケアプランセンター	790-0036	松山市小栗6丁目1-22 第2白石ビル2階西	089-913-0015
40	介護相談室かがやき松山	790-0931	松山市西石井6丁目12番27号	089-909-3894
41	居宅介護支援事業所 ウェルケア道後	791-0112	松山市下伊台町乙129番地9	089-993-8232
42	居宅介護支援事業所おひさま	791-0244	松山市水泥町860	089-907-1603
43	ライフケアくるみ	790-0044	松山市余戸東1丁目1番7号	089-910-7400
44	居宅介護支援事業所 てらよこ	790-0852	松山市石手2丁目8番30号	089-909-4410
45	ベストケア居宅介護支援事業所石井	790-0932	松山市東石井7丁目5番29号	089-956-7373
46	ライフネット居宅介護支援事業所	799-2430	松山市北条辻773番地8	089-993-2222

愛媛県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録一覧(R7年度)

No.	事業所名	事業所〒	事業所住所	事業所電話
47	株式会社悠遊社 居宅介護支援事業所	799-2438	松山市河野中須賀145番地20	089-993-6101
48	JAえひめ中央居宅介護支援事業所	790-0011	松山市千舟町8丁目128番地1	089-943-2466
49	居宅介護支援事業所 ウェルケア高浜	791-8071	松山市松ノ木2丁目789番地	089-946-8788
50	居宅介護支援事業所 えん	791-1114	松山市井門町764番地1	089-968-2303
51	居宅介護支援事業所りぼん	791-0054	松山市空港通6丁目9-16岡崎第七ビル103号	089-904-5976
52	あおぞらの里 森松ケアプランセンター	791-1113	松山市森松町301-2	089-905-1510
53	居宅介護支援事業所 愛音	790-0866	松山市永木町2丁目1-25シティーらいふ石手川10F1004号	089-986-3151
54	居宅介護支援事業所ウェルケアみどろ	791-0244	松山市水産町132番地1	089-909-9607
55	指定居宅介護支援事業所 ハピネス椿	791-1106	松山市今在家3丁目9番29号	089-905-8088
56	株式会社ひかり	790-0911	松山市桑原七丁目2番22号	089-968-1006
57	済生会今治指定居宅介護支援事業所さいせい	794-0054	今治市北日吉町1丁目7番43号	0898-33-7373
58	在宅介護支援センターさいせい	799-1502	今治市喜田村7丁目2番41号	0898-47-5111
59	今治市社協介護支援センター	794-0043	今治市南宝来町1丁目9番地8	0898-22-7231
60	今治市社協介護支援センター伯方	794-2305	今治市伯方町木浦甲3930番地1	0897-74-2123
61	指定居宅介護支援事業所寿山苑	799-2109	今治市波方町養老甲1006番地	0898-36-5301
62	居宅介護支援センターかとれあ	794-0054	今治市北日吉町1丁目19番15号	0898-23-3405
63	居宅介護支援事業所ヒロセ	799-1502	今治市喜田村6丁目4-20	0898-47-0074
64	居宅介護支援事業所シルビウス	794-0065	今治市別名274番地	0898-25-7100
65	指定居宅介護支援事業所「すずき」	794-0026	今治市別宮2丁目1番地5	0898-36-1112
66	居宅介護支援センターひうち	794-0037	今治市黄金町2丁目2番地5	0898-25-0560
67	JAおちいまばり	794-0004	今治市鐘場町1丁目2番9号	0898-22-0427
68	ニチイケアセンター今治	794-0037	今治市黄金町4丁目1-18塩見ビル1階	0898-34-5573
69	きくぞのケアパーク居宅介護支援事業所	798-0015	宇和島市和霊元町4丁目1番12号	0895-28-6631
70	ニチイケアセンターうわじま	798-0075	宇和島市川内甲978番地1	0895-20-0135
71	医療法人 徳洲会 ケアプランセンターパール	798-0003	宇和島市住吉町2丁目6番24号宇和島徳洲会病院内	0895-22-3071
72	宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所	798-0003	宇和島市住吉町1丁目6番16号宇和島市総合福祉センター	0895-23-3711
73	宇和島市社会福祉協議会 吉田介護保険事業所	799-3703	宇和島市吉田町東小路甲58番地5宇和島市社会福祉協議会吉田支所	0895-52-3176
74	宇和島市社会福祉協議会 三間介護保険事業所	798-1113	宇和島市三間町迫目126番地三間保健福祉センター	0895-58-1051
75	宇和島市社会福祉協議会 津島介護保険事業所	798-3301	宇和島市津島町岩松甲471番地津島保健センター2階	0895-20-8101
76	ケアステーションますほ指定居宅介護支援事業所	798-3302	宇和島市津島町高田甲2920-1	0895-20-8110
77	居宅介護支援事業所 サンランド	799-3710	宇和島市吉田町立間尻甲727-1	0895-20-2711
78	居宅介護支援事業所 いわむら	799-3704	宇和島市吉田町魚棚20番地3	0895-52-3111
79	居宅介護支援事業所西安	796-0003	八幡浜市大平1番耕地870番地2	0894-29-1700
80	おるde新町居宅介護支援事業所	796-0085	八幡浜市天神通一丁目1420	0894-22-0053
81	居宅介護支援事業 ことぶき荘	796-0001	八幡浜市向灘229番地18	0894-35-6200
82	ウェル五反田居宅介護支援事業所	796-8010	八幡浜市五反田1-106	0894-23-1611
83	社会福祉法人 八幡浜市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	796-0010	八幡浜市松柏乙1101番地	0894-23-2940
84	介護の匠 新和田	796-0014	八幡浜市矢野町156番地、157番地2	0894-24-4177
85	新居浜協立病院	792-0017	新居浜市若水町1丁目7番45号	0897-37-2003
86	有限会社東予ケア・サービス	792-0872	新居浜市垣生1丁目6番25号	0897-45-3931
87	指定居宅介護支援事業所 三恵	792-0050	新居浜市萩生河ノ北67番60号	0897-40-3370
88	指定居宅介護支援事業所 ハートランド三恵	792-0050	新居浜市萩生17番地	0897-40-0988
89	社会福祉法人新居浜市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	792-0811	新居浜市庄内町6丁目11番46号	0897-31-3303
90	指定居宅介護支援事業所ふたば荘	792-0856	新居浜市船木959番地3	0897-40-1661
91	指定居宅介護支援センター 青い鳥	792-0026	新居浜市久保田町3丁目9番27号	0897-65-3755
92	居宅介護支援事業所 おくらの里	792-0047	新居浜市御蔵町11番23号	0897-31-6116

愛媛県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録一覧(R7年度)

No.	事業所名	事業所〒	事業所住所	事業所電話
93	光介護支援センター	792-0826	新居浜市喜光地町1丁目6番35号	0897-66-1199
94	ソフトケアにいはま	792-0872	新居浜市垣生2丁目5番19号	0897-46-0161
95	指定居宅介護支援事業所アソカ園	792-0886	新居浜市郷3丁目16-58	0897-46-5251
96	指定居宅介護支援事業所きぼうの苑	792-0035	新居浜市西の土居町2丁目8番12号	0897-47-7240
97	株式会社悠遊社新居浜事業所	792-0827	新居浜市西喜光寺町8番1号	0897-31-6616
98	指定居宅介護支援センターたかつ	792-0867	新居浜市高津町3番20号	0897-31-5600
99	居宅介護支援事業所はびねす	792-0025	新居浜市一宮町2丁目6-72	0897-31-3232
100	指定居宅介護支援センターおとなりさん	792-0050	新居浜市萩生1061番地	0897-66-2636
101	指定居宅介護支援事業所みんなの家	792-0856	新居浜市船木4620番地2	0897-47-8855
102	居宅介護支援事業所 すみの	792-0841	新居浜市中筋町二丁目1番5号	0897-40-8088
103	カミングケアステーション	792-0032	新居浜市政枝町二丁目3番32号	0897-47-6343
104	指定居宅介護支援センターそらいろのたね	792-0003	新居浜市新田1丁目9番9号	0897-65-3711
105	指定居宅介護支援事業所ひと	792-0834	新居浜市中西町3番20号	0897-66-2301
106	指定居宅介護支援事業所 ゆるぎ荘	793-0035	西条市福武甲162-1	0897-55-0622
107	西条中央病院指定居宅介護支援事業所	793-0027	西条市朔日市804番地	0897-47-3786
108	指定居宅介護支援事業所いしづち苑	793-0027	西条市朔日市269番地1	0897-53-1177
109	ケアプランセンター水都苑	793-0030	西条市大町739番地	0897-56-2354
110	JAえひめ未来居宅介護支援センター	793-0041	西条市神拝甲478-1	0897-52-1500
111	西条市社会福祉協議会ケアプランセンター	799-1371	西条市周布606番地1	0898-64-2600
112	西条市社会福祉協議会ケアプランセンター小松	799-1101	西条市小松町新屋敷乙48番地1西条市小松地域福祉センター内	0898-72-6363
113	ケアプランセンター共立病院	799-1353	西条市三津屋南9番10	0898-64-2559
114	ケアプランセンターコスモス	799-1371	西条市周布338番地	0898-64-7123
115	ケアプランセンターあすか	791-0505	西条市丹原町古田甲167番地1	0898-68-3662
116	指定居宅介護支援事業所光風館	793-0073	西条市氷見丙195番地	0897-57-6600
117	居宅介護支援事業所 ル・ソレイユ	791-0503	西条市丹原町今井457番地1	0898-76-2111
118	在宅介護支援センター春賀	795-0046	大洲市春賀甲1689-4	0893-26-1250
119	指定居宅介護支援事業所在宅介護支援センターフレンド	795-0064	大洲市東大洲39	0893-23-5300
120	大洲市在宅介護支援センターひまわり	795-0061	大洲市徳森1508番地1	0893-25-3438
121	大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所東大洲	795-0064	大洲市東大洲270番地1	0893-23-0313
122	大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 長浜	799-3401	大洲市長浜甲480番地の3	0893-52-1194
123	大洲市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 肱川	797-1504	大洲市肱川町山鳥坂73番地	0893-34-2312
124	指定居宅介護支援事業所伊予診療所	799-3111	伊予市下吾川55番地1	089-983-4400
125	指定居宅介護支援事業所なかやま幸梅園	791-3206	伊予市中山町中山寅381番地	089-967-1605
126	伊予市社協居宅介護支援事業所	799-3113	伊予市米湊723番地1	089-983-6224
127	指定居宅介護支援事業所「ひまわり」	799-0111	四国中央市金生町下分1243-1	0896-58-5888
128	JAうま居宅介護支援センター	799-0422	四国中央市中之庄町1684番地4	0896-28-9001
129	四国中央市社会福祉協議会	799-0404	四国中央市三島宮川4丁目6番55号四国中央市福祉会館	0896-24-8083
130	居宅介護支援事業所シンシア	799-0112	四国中央市金生町山田井乙17番地1「イグザンビル」Ⅱ1F	0896-58-4580
131	宇摩ライブインネットワーク居宅介護支援事業所	799-0101	四国中央市川之江町3314番地32	0896-59-1180
132	指定居宅介護支援事業所いしかわ	799-0121	四国中央市上分町716番地2	0896-58-6005
133	居宅介護支援事業所 四つ葉	799-0422	四国中央市中之庄町565-3	0896-29-5531
134	指定居宅介護支援事業所 すいは	799-0422	四国中央市中之庄町542番地	0896-28-7757
135	四国中央市在宅介護支援センターちかい	799-0711	四国中央市土居町土居2227番地32	0896-75-1720
136	四国中央市地域包括支援センター	799-0497	四国中央市三島宮川4丁目6番55号	0896-28-6147
137	居宅介護支援事業所くりのみ	799-0422	四国中央市中之庄町454-3	0896-24-4165
138	指定居宅介護支援事業所『きずな』	799-0422	四国中央市中之庄町462番地1	0896-29-5101

愛媛県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録一覧(R7年度)

No.	事業所名	事業所〒	事業所住所	事業所電話
139	居宅介護支援事業所 しあわせの家	799-0432	四国中央市豊岡町大町2786番地2	0896-28-2875
140	居宅介護支援事業所だんだん	799-0704	四国中央市土居町津根2336-1サンテラスⅢ321号	0896-77-5148
141	居宅介護支援事業所にしおか	799-0421	四国中央市三島金子2丁目7-22	0896-24-5516
142	居宅介護支援事業所おむすび	799-0121	四国中央市上分町344番地1	0896-22-3442
143	社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 宇和支所	797-0015	西予市宇和町卯之町四丁目746番地	0894-62-3750
144	社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 本所	797-1212	西予市野村町野村12号15番地	0894-72-2306
145	居宅介護支援事業所ふれあい	797-1212	西予市野村町野村12号446番地	0894-72-3750
146	居宅介護支援事業所 陽だまり	797-0015	西予市宇和町卯之町1丁目246-6	0894-62-8177
147	居宅介護支援事業所 のんびり家	797-0021	西予市宇和町野田45番地	0894-89-2722
148	指定居宅介護支援事業所めぐみの里	797-0111	西予市明浜町俵津4番耕地44番地	0894-69-3101
149	居宅介護支援事業所さくら	797-0023	西予市宇和町山田1558番地	0894-62-8061
150	居宅介護支援事務所わかば	796-0907	西予市三瓶町朝立2-1-7	0894-33-3387
151	社会福祉法人 東温市社会福祉協議会	791-0211	東温市見奈良490-1	089-955-1021
152	指定居宅介護支援事業所ウェルケア重信	791-0215	東温市北野田533番1	089-990-1561
153	在宅介護支援センターガリラヤ荘	791-0301	東温市南方1766番地1	089-966-6250
154	居宅介護支援事業所希望の館	791-0311	東温市則之内甲2783番地1	089-961-1214
155	居宅介護支援事業所 長安	790-0204	東温市志津川甲29番地1	089-964-7599
156	居宅介護支援事業所 ゆのく	791-0211	東温市見奈良1399-3	089-909-3571
157	上島町指定居宅介護支援事業所	794-2550	越智郡上島町生名621-1	0897-74-0921
158	上島町社協居宅介護支援事業所	794-2550	越智郡上島町生名2133番地3	0897-76-2638
159	久万高原町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	791-1501	上浮穴郡久万高原町上黒岩2920番地1	0892-56-0750
160	指定居宅介護支援事業所久万の里	791-1205	上浮穴郡久万高原町菅生3番耕地580番地24	0892-21-3000
161	久万高原町地域包括支援センター	791-1201	上浮穴郡久万高原町久万212番地	0892-50-0230
162	ケアプランサービスくま	791-1201	上浮穴郡久万高原町久万65番地久万高原町立病院	0892-21-1120
163	社会福祉法人松前町社会福祉協議会	791-3120	伊予郡松前町大字筒井710番地1	089-985-4154
164	居宅介護支援事業所福家	791-3110	伊予郡松前町大字浜420番地2	089-910-2786
165	Aケアプランセンター	791-3120	伊予郡松前町大字筒井1573番地1	089-910-7177
166	ケアプランセンターあったか	791-2101	伊予郡砥部町高尾田1171番地2	089-957-2005
167	とべ居宅介護支援事業所	791-2114	伊予郡砥部町麻生40番地1	089-957-5511
168	かいご相談所 おかだ組	791-2121	伊予郡砥部町宮内298番地	089-948-8486
169	居宅介護支援事業所 うちこ園	791-3301	喜多郡内子町内子3683番地	0893-59-2212
170	内子町在宅介護支援センター 社協	795-0303	喜多郡内子町平岡甲168番地	0893-57-6772
171	居宅介護支援事業つわぶき荘	796-0301	西宇和郡伊方町湊浦861-1	0894-38-1125
172	松野町社会福祉協議会	798-2101	北宇和郡松野町大字松丸1661番地13	0895-42-0794
173	介護サービスゆう居宅介護支援事業所	798-1333	北宇和郡鬼北町大字永野市469番地	0895-45-0638
174	社会福祉法人 鬼北町社会福祉協議会	798-1341	北宇和郡鬼北町大字近永782番地	0895-45-3667
175	南宇和郡医師会居宅介護支援事業所	798-4110	南宇和郡愛南町御荘平城3605-2	0895-73-2524
176	指定居宅介護支援事業所自在園	798-4405	南宇和郡愛南町満倉2301番地1	0895-73-1551
177	愛南町社協 居宅介護支援事業所	798-4101	南宇和郡愛南町御荘菊川1157番地	0895-73-7775
178	有限会社 愛ミング・ケアセンター居宅介護支援事業所	798-4110	南宇和郡愛南町御荘平城658-1	0895-72-5705