

茨城県介護支援専門員実務研修 実習報告書

【目次】

No.	項目	頁
1	提出書類チェック票	1
2	介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書	2
3	実習協力者面接報告書	3
4	基本情報に関する項目	4
5	アセスメントに関する項目	5
6	社会資源調査票	6~7
7	チェックポイントシート	8
8	ICF 思考による情報整理シート	9
9	課題整理総括表	10
10	居宅サービス計画書(1)	11
11	居宅サービス計画書(2)	12
12	週間サービス計画表	13
13	給付管理業務に関する実習報告書	14
14	実習総合報告書	15
15	実習振り返り演習①説明シート	16
16	見学・観察実習報告書（受講者用）	17
※17	見学・観察実習報告書（実習受入事業所用）	18

※No.17 は実習終了後、実習受入事業所が作成し、実習受入事業所から本会に提出されるものです。

【提出日および提出方法】

- ・各研修班の後期 1 日目の受付時に上記No.1～No.16 を各 1 部ずつご提出ください。

（必ず、手元にコピーを残してください。）

- ・また、後期第 1 日目「実習振り返り」の際に使用しますので、上記No.4～No.16 をグループ人数分と、上記No.15～16 をグループ担当講師 1 名分 コピーしご持参ください。

※A 班については 2 月 2 6 日（必着）までに茨城県社会福祉協議会 福祉人材・研修部（表紙参照）宛て、郵送にて提出すること。

- ・後ほど講師がチェックし、修正等を依頼することがございますので、予めご了解ください。

【作成上の注意】

- ・実習対象者のプライバシーの保護に留意してください。

例) 実習対象者の氏名 ⇒ イニシャル（「A さん」、「B さん」など）

〃 住所 ⇒ A 市・町・村

実習対象者が利用しているサービス ⇒ A 訪問介護事業

＜提出書類チェック票＞

提出日	平成	年	月	日
班	グループ	氏名		

No.	提出書類および留意点	チェック欄
1	提出書類チェック票	
2	介護支援専門員実務研修実習承諾書・実習誓約書 ※実名及び実際の住所を記入すること。押印は不要。	
3	実習協力者面接報告書 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
4	基本情報に関する項目 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
5	アセスメントに関する項目 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
6	社会資源調査票 ※市区町村名・事業所名・施設名などの特定できるような表記は避け、イニシャル等で表記する。	
7	チェックポイントシート ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
8	ICF 思考による情報整理シート ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
9	課題整理総括表 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
10	居宅サービス計画書(1) ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
11	居宅サービス計画書(2) ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
12	週間サービス計画表 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
13	給付管理業務に関する実習報告書 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
14	実習振り返り演習①説明シート ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
15	実習総合報告書 ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
16	見学・観察実習報告書(受講者用) ※実名など個人を特定できる表記は不可。	
17	見学・観察実習報告書(実習受入事業所用)	※受入事業所 が提出

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

介護支援専門員実務研修 実習承諾書（対象者用）

（実習者氏名）

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

- （１）課題分析表
- （２）居宅サービス計画書

_____年_____月_____日

（対象者）住 所 _____

（対象者）氏 名 _____

介護支援専門員実務研修 実習誓約書（実習者用）

（対象者氏名）

私は、介護支援専門員実務研修の実習を_____さんをお願いするにあたり以下のことをお約束し、また、実習後も誠実に守ることを誓います。

1. この実習は、（１）課題分析表（２）居宅サービス計画書の作成が目的ですので、それと関係ないことはお聞きしません。
 2. 実習で知った情報は、実習以外の目的には使用いたしません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。
 3. 実習で作成する上記の文書や、実習後に行う事例検討会に提出する実習報告書には個人名や個人がわかることは記載しません。
 4. 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聞きません。
 6. 実習中はもちろん、実習後においても、あなたに不利益になることはいたしません。
- 以上、お約束いたします。

_____年_____月_____日

（実習者）住 所 _____

（実習者）氏 名 _____

※ 2通作成し、1通を実習協力者に渡す。

基本情報に関する項目

受付日 平成 年 月 日 作成者氏名() ()班()グループ

受付方法

利用者氏名		性別		生年月日	
住所				電話番号	
主訴	【相談内容】				
	【本人・家族の要望】				
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】			【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	
認定情報				家屋状況	
課題分析(アセスメント)理由					
利用者の被保険者情報等					
現在利用しているサービス					

アセスメントに関する項目

作成者氏名() ()班()グループ

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

入所型介護サービスの状況

サービスの種類	事業所名	特徴
短期入所系		

(その他)

その他のサービスのボランティア活動の状況

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

(福祉用具等販売店)		
(住宅改修実施工務店)		
(その他日用品)		

介護支援専門員の支援機関

--	--	--

近隣との関係・地域との交流

--	--	--

相談機関その他

--	--	--

課題別評価項目	(アセスメントで明らかにするもの)			ニーズ調査(現状)
	状態	原因	問題(困りごと)	
健康状態		利用者		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)
		家族		
		意見		
ADL		利用者		
		家族		
		意見		
IADL		利用者		
		家族		
		意見		
認知		利用者		
		家族		
		意見		
コミュニケーション能力		利用者		
		家族		
		意見		
社会との関わり		利用者		
		家族		
		意見		
排泄・排便		利用者		
		家族		
		意見		
しよく癒・皮膚の問題		利用者		
		家族		
		意見		
口腔衛生		利用者		
		家族		
		意見		
食事摂取		利用者		
		家族		
		意見		
認知症の予防・心理症状(BPSD)		利用者		
		家族		
		意見		
介護力		利用者		
		家族		
		意見		
居住環境		利用者		
		家族		
		意見		
特別な状況				

ICF思考による情報整理シート

作成者氏名() ()班()グループ

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あたえているか

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


現状が続くことで予測されるリスクは何か？(防ぐべきこと)

【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)

--	--	--

第1表

居宅サービス計画書(1) 作成者氏名 班 グループ

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者(イニシャル) 殿 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

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()

週間サービス計画表

作成者氏名

班 グループ

作成年月日 年 月 日

利用者（イニシャル） 殿

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

週単位以外のサービス	
------------	--

給付管理業務に関する実習報告書

作成者氏名() ()班()グループ

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	
利用者への利用症の説明と同意 【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	

実習総合報告書

作成者氏名() ()班()グループ

項目	内容
実習で訪問した要介護高齢者等の生活環境	
見学実習での気づき	
実習全体を通じて感じた倫理的な課題	
後期研修学習目標	

実習振り返り演習① 説明シート

作成者氏名() ()班()グループ

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(▲)	

見学・観察実習報告書(受講者用)

項目	内容
受講者名と情報	受講者氏名() ()班()グループ 昼間連絡がつく電話番号()
プロセス場面	<input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> プランニング <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 給付管理 ※見学・観察したプロセスに☑を挿入
見学・観察実習プロセスの自己目標 (見学・観察前に作成する)	※上記☑プロセスごとに、自己目標を記入
見学・観察実習事業所名サービス種別	【連絡先 TEL FAX 】
見学・観察実習日	平成 年 月 日(曜日) 時間 時 ~ 時
主任介護支援専門員名	
見学・観察内容	
気づき及び自己評価総評	

