

実習報告書②

【見学実習】



「見学実習」

現任の主任介護支援専門員に同行し実際の支援現場を見学することで多様な要介護高齢者の生活実態を知り、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を明確にしていきます。

提出期日 令和 8 年 3 月 7 日（土）、8 日（日）

コース

受講番号

受講者氏名

令和7年度 介護支援専門員実務研修

提出物チェックシート

コース _____ 受講番号 _____ 受講者氏名 _____

- 実習事業所に於いて見学実習し、以下の書類を作成します。
- 演習7日目受付の際に原本をご提出ください。
(報告書①②は、手元に必ず控え(コピー)を一部お願いします。)
- ※ご提出の際は、書類が揃っていることを確認し□に✓を入れ、番号順に並べてください。
- 動画配信Vで作成された課題一式も通常どおり受付に提出してください。

□ 1) 提出物チェックシート(本紙)

□ 2) 実習目標の設定・実習スケジュール

□ 3) 実習報告書

- ① インテーク
- ② アセスメント
- ③ 居宅サービス計画書作成
- ④ サービス担当者会議
- ⑤ モニタリング
- ⑥ 給付管理業務

□ 4) 目標達成状況・後期研修目標の設定・指導者記入欄

※ 予備シート(使用した場合のみ)

- ・ 3) の書類作成にあたっては、実習協力者が特定されないよう、匿名化・記号化してご記入ください。
- ・ 各プロセスで、複数名の利用者宅への同行実習をした場合は、予備シートを必要枚数コピーしてご使用ください。

1) 実習目標の設定（実習オリエンテーションで記入）

前期研修を振り返り、実習で何を学びたいか、目標設定します

前期科目	✓	目標設定（実習で学んだり確かめたりしたいこと）
介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント		
自立支援のためのケアマネジメントの基本		
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		
人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理		
利用者、多くの種類の専門職等への説明および合意		
介護支援専門員に求められるケアマネジメント		
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		
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		
ケアマネジメントに係る法令等の理解		

※ 4科目以上は✓を入れて目標設定しましょう（記載例：下巻 P6 表 12-1）

※ この目標は、実習協力事業所の指導者が確認します

2) 実習スケジュール（実習協力事業所と連絡をとり、日程調整します）

	日付	1日のスケジュール			
1日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~
2日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~
3日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~
4日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~
5日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~
6日目	(/)	: ~	: ~	: ~	: ~

記入例

	日付	1日のスケジュール			
1日目	1/30 (金)	9:00～ オリエンテーション 「実習同意書」提出	11:00～ モニタリング	13:00～ アセスメント	: ~
2日目	2/8 (日)	: ~	10:00～ 給付管理業務	14:00～ サービス担当者会議	17:00～ 地域ケア会議
3日目	2/10 (火)	: ~	11:00～ インテーク	13:00～ 地域ケア会議	: ~
4日目	2/14 (土)	: ~	11:00～ モニタリング	15:00～ サービス担当者会議	: ~
5日目	2/22 (日)	9:00～ サービス計画書の 作成	11:00～ 全体の振り返り・ 評価・目標設定	: ~	: ~

3) 現場実習 実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

① インテーク

日付： 月 日 () 時間 : ~ : 場所：利用者宅・事業所内

① 実習前

利用者ガイダンス(※ 必ず利用者情報等を記載のこと。無記入は認められません。他項目も全て記載ください)

実習の目標・インテークの場面で学びたいこと

②実習メモ

③実習後

インテーク場面の目的・確認事項

チェックポイント	見学	説明
① 介護保険制度、介護支援専門員の役割、秘密保持について <ul style="list-style-type: none"> ● 相談者の抱えている課題に関する情報を整理し、相談者が当該居宅介護支援事業所で支援を受けることが適切であるかどうかを判断する。 ● 相談者に対し所属機関で提供できるサービスを伝える。 ● 介護保険制度に関して、パンフレット等用い、仕組み・サービス利用の流れ・サービス利用にかかる費用・サービスの種類等について伝える。 ● 介護支援専門員の役割について伝える。 ● 相談のみで契約に至らない場合も、秘密を保持することを伝える。 		
② 重要事項説明書や契約書、個人情報の取り扱い等の内容について <ul style="list-style-type: none"> ● 自事業所での援助が可能と判断した場合、相談者の同意を得た上で契約を行う（同意が得られない場合は、他事業所の紹介を行う等の必要な措置を講じる）。 ● 契約に際して「重要事項説明書」「契約書（等）」の内容について説明する。 ● 個人情報の取り扱い同意書について事業所の規定事項を伝え、同意文書に本人及び家族の署名を得る。 ● 公正中立な支援のため、「複数の事業所の紹介を求めることが可能」「その事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能」である旨を伝え、文書に署名を得る。 ● 適切な医療連携、入退院時支援のため、担当する介護支援専門員の連絡先等が記載されたものを相談者の医療保険証等と一緒に保管してもらうよう伝える。 ● 利用者(又は家族)の意志で、契約を行う。 ● 利用者本人の意志で契約することが困難な場合には、成年後見人制度を活用する。 ※ 前6月間に当該事業所において作成した居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与が位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合、また同一のサービス提供事業所によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）について説明を行うよう努める。		
③ 初回面接における、信頼関係の基盤づくりについて <ul style="list-style-type: none"> ● 初回面接では、相談者と援助職者という関係において【バイステックの7原則】を活用し、信頼関係の基盤づくりを行う。 		
④ 契約までの一連の流れと「居宅サービス計画作成依頼届出書」について <ul style="list-style-type: none"> ● 重要事項説明書に同意を得た後、保険者に「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出（介護保険被保険者証へ事業所名を記載）。 		

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または印

実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

② アセスメント

日付： 月 日（ ） 時間 ： ～ ： 場所：利用者宅・事業所内

①実習前

利用者ガイダンス

実習の目標・アセスメントの場面で学びたいこと

②実習メモ

③実習後

アセスメント場面の目的・確認事項

チェックポイント	見学	説明
① アセスメントツールについて <ul style="list-style-type: none"> ● アセスメントを適切に行うために標準的に最低限収集する情報の種類として、厚生労働省が示す課題分析標準項目 23 項目を網羅しているものを使用する。 ● 課題分析標準項目を網羅していれば、様式は自由（自作も可）である。 ※ 課題分析標準項目の一部改正（令和 5 年 10 月 16 日）あり 		
② 利用者の状況だけではなく、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 <ul style="list-style-type: none"> ● 家族を「介護者」としての捉え方だけではなく生活者として理解し、どの程度の時間を介護に使う事ができ、どの程度の経済的負担に耐える事ができるかを確認しておく。 ● 本人や家族の病気への理解や、個々の価値観、生活歴、住環境などから生活全体を見ていく。 ● これまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどういう生き方を望んでいるか、利用者の視点に立って考える。 		
③ 「出来ないこと」だけを見るのではなく、利用者本人の残された力や家族が持っている力も引き出すことの重要性について <ul style="list-style-type: none"> ● 残存能力を伸ばす事により、自立した生活に近づく手立てを本人や家族と共に考えていく。 ● エンパワメント（利用者・家族の持っている強さを引き出すこと）を意識して面談を展開し、利用者や家族の能力を、プラス面・マイナス面の両面から整理する。 ● 生活のし辛さを抱えている人が、それを抱えながらも望む生活を実現するためにどのような対策ができるかを、利用者や家族とともに考えながら、望む生活に結びつけていく。 ● 支援が必要な点を明らかにするだけでなく、利用者や家族の持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持つ。 		
④ 「ニーズ」には利用者が言葉として訴える「ディマンド」や「フェルトニーズ」と、専門職が判断する「ノーマティブニーズ」があることについて <ul style="list-style-type: none"> ● 本人の訴えから問題を整理するとき、問題を分けて考えていく。 <ul style="list-style-type: none"> ・表現されている訴え（言葉、表情、行動で伝えているもの）は何か？ ・悩み困っている事・問題は何か（どのように困っているか）？ ・要求は何か？ ・必要（不可欠）なことは何か？ ● 利用者の要求だけではなく、専門職が捉えたニーズについても理解する。 ● 「ディマンド」や「フェルトニーズ」と、「ノーマティブニーズ」を擦り合わせて合意が得られたものを「リアルニーズ」としてケアプランに位置付ける。 		
⑤ 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 <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者本人の状態と、環境、背景因子を把握する。 ● 課題分析(アセスメント)項目の現状だけでなく、それに至る経緯を含めた情報を把握する。 ● 疾患との関連、ADL との関連、家族関係(介護力)等との関連を捉える。 ● 支援が必要な点を明らかにするだけでなく、利用者や家族の持つ力の強さ、可能性に着目する視点を大切にする 		

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または㊞

実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

③ 居宅サービス計画書の作成

日付： 月 日 () 時間 : ~ : 場所：事業所内

① 実習前

利用者ガイダンス（※ 必ず利用者情報等を記載のこと。無記入は認められません）

実習の目標・居宅サービス計画書作成の場面で学びたいこと

② 実習メモ

③ 実習後

居宅サービス計画書作成場面の目的・確認事項

チェックポイント		見学	説明
● 居宅サービス計画書 1 表～3 表は課題分析（アセスメント）の結果を踏まえて作成していくものである。			
<p>① 【第 1 表】について</p> <ul style="list-style-type: none">● 利用者自身自らの生活を決める主体（計画全体の方向性を示す）であり、第 1 表は計画全体の方向性を示す。● 第 1 表の「利用者および家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」では、利用者・家族それぞれの主訴や思いを明確に区別して表現する。● 「総合的な援助方針」は利用者等が最終的に到達すべき方向性や状況が示され、課題分析により抽出された課題に対応している（2 表と連動している）。● 「総合的な援助方針」は、介護支援専門員をはじめ各種サービス事業者がどのようなチームケアを行おうとするのかを、利用者に分かりやすい表現で記載する。● 予め、発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合は、『総合的な援助方針』欄に、医療機関やその連絡先を記載する（例えば、利用者の状態が急変した場合の連携、予後予測、その際の多職種との連携を含む対応方法について）。● 生活援助中心型の算定の理由が該当する場合には 1、2、3 に○印を付け、「3. その他」のときは、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。● 居宅サービス計画原案の内容について、利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た日付と署名の記載が必要。 <p>※ 署名に代えて、電磁的方法により利用者の同意等の意思表示を確認する取扱いも可</p>			
<p>② 【第 2 表】について</p> <ul style="list-style-type: none">○ 生活全般の解決すべき課題内容について● 課題分析表に記載された結果をもとに、問題や困りごとをその根拠・要因とともに本人の課題として導き出す。● 医療面・家族の介護負担も含めて生活全般からニーズを考える。● 実際に行われているケアの内容やサービス利用をニーズとするのではない。● 生活課題は、利用者本人が欲求している事や利用者自身が必要性を感じているニーズと、援助者の専門性により判断されたニーズを擦り合わせ、合意が図れたものを記載。			

チェックポイント	見学	説明
○ 長期目標・短期目標について <ul style="list-style-type: none"> 『長期目標』『短期目標』は具体的で達成可能なものとする。特に短期目標は「モニタリング」の指標なので、評価が可能な内容とする。 『長期目標』は、ニーズに対応し、その期間で目指している目標や状態を設定する。 実際に行われているサービス内容を目標にしない。 (介護者でなく)利用者本人の目標とする状態を記載する。 目標に対する開始時期(○年○月○日)、達成予定時期(○年○月○日)を記載する。 		
○ 援助の内容について <ul style="list-style-type: none"> ニーズを解決するためのサービス内容を具体的に記載する。 何をするかという内容や留意すべき点が利用者に理解できるよう記載する。 サービス提供事業者が何を行うか正確に伝わる内容とする。 利用者自身が取り組むべきことも記載する。 介護保険サービスに偏らず、インフォーマルな支援・市町村事業・地域の活動等幅広い資源から選択するように心がけ、家族も資源の1つと捉えて援助内容を組み立てる。 		
○ サービス種別について <ul style="list-style-type: none"> 福祉用具の貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、当該サービスを必要とする根拠や、用具を活用して何を行いたいのかわかるように記載する。 		
○ サービス調整について <ul style="list-style-type: none"> 利用者及びサービス提供事業者に交付する。 サービス担当者会議で協議のうえ居宅サービス計画を確定する。 医療系サービスを位置づけたケアプランは、主治医等に提出する。 		
③ 【第3表】週間サービス計画表について <ul style="list-style-type: none"> 第3表は第2表で挙げられたサービス(週単位以外の支援やインフォーマルサービスを含め)保険給付対象の内外を問わず全て記載する。 主な日常生活上の活動を把握し、記載する。 		
④ 【第5表】居宅介護支援経過について <ul style="list-style-type: none"> 【居宅介護支援経過】は専門職として残す「公的な記録」である。日時や連絡手段、対応者名等を記載する。 利用者・家族・各種サービス事業者・その他関係機関と、専門的なかわりを通して把握・判断・調整したことを整理して記載する。 利用者、家族の具体的状況を記載する。 		
⑤ 【第6表・7表】利用票・別表について <ul style="list-style-type: none"> 3表との連動したサービス利用票・別表(併せて提供票・別表)を作成する。 短期入所サービス利用の日数は、前月の利用も合わせて連続して30日を超えないように計画し、連続しない場合でも特段の理由がない限り要介護認定等の有効期間の概ね半数を超えないようにする。 		
⑥ 居宅サービス計画と「個別サービス計画」との連動性について <ul style="list-style-type: none"> 担当サービス事業者に対して、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認するよう努める。 介護支援専門員は担当者と継続的に連携し意識の共有をはかる。 		
⑦ 医療系サービスを位置づける際には必ず主治医より指導、助言を得る必要性について ※ 「医療系サービス」とは訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る)及び看護小規模多機能型居宅介護(訪問看護サービスを利用する場合に限る)を指す。 <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員は上記医療サービスを位置づける場合にあっては、利用者の同意を得て主治医の医師等の指示があることを確認し、意見を求めなければならない。 医師の意見を求めた(面接・電話・FAX・メール等)際は、記録を残す。 		

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または印

実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

④ サービス担当者会議

日付： 月 日 () 時間 : ~ : 場所：利用者宅・事業所内

①実習前

利用者ガイダンス

実習の目標・サービス担当者会議の場面で学びたいこと

②実習メモ

③実習後

サービス担当者会議場面の目的・確認事項

チェックポイント		見学	説明
<p>① 会議における介護支援専門員の役割について</p> <ul style="list-style-type: none">○ 見学に際しての事前説明（担当者会議の意義・目的、介護支援専門員の役割の説明）● 利用者のニーズ、目標、ケア内容の共有を行う● 役割分担の明確化、チーム形成と連携を促進する● 今後のモニタリングのポイントを明確にする● 緊急対応を含めたリスク管理、対応の共有を図る● タイムキーパー、ファシリテーターとしての役割を担う			

<p>② 事前準備について</p> <p>◆ 利用者・家族の同意を得る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● プライバシーに配慮し、基本的には居宅で行う。 ● 居宅での開催が困難な場合は、柔軟に開催場所を選定（主治医出席のため医療機関で開催など。但し、通所サービス利用中の開催は不可）。 ● 事前に利用者・家族の要望・意見を聞いておく。 <p>◆ 参加予定者の立場や都合への配慮をする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要な時期（認定・更新・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時）に開催する。 ● 開催場所・所要時間・検討課題・居宅サービス計画原案などの準備を行う。 ● ケアプランに位置付けたサービス提供事業所に出席依頼をする。 ● 介護保険サービス以外の支援者にも必要に応じて出席を依頼する。 ● 事前に事業者で開催目的を伝え、意見をまとめてきてもらう（欠席者には事前に照会）。 ● 医療系サービス（訪問看護・通所リハビリテーション等）の利用の場合、主治の医師等の参加や、意見を照会する。 ● 司会者として目的意識を持ち、スムーズな進行ができるよう準備する。 	
<p>③ 開催においての手順・配慮などについて</p> <p>《進行手順と配慮の例》</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者・家族が主役であることを忘れず、サポートティブに進行する。 ● 発言しやすい雰囲気作り。分かり易く優しい言葉を心がける（専門用語は控える）。 ● 開始の挨拶・資料確認・終了時刻の明示。 ● 参加者の紹介または自己紹介（場合により省く）。 ● 経過説明・会議の目的・議題の説明（事前に知らせておく有効）。 ● 参加者による意見交換・情報共有などを行う（全員の発言を促す）。 ● 出された意見の整理・まとめを行い、結論を明確にする。 ● 決定事項（支援の方針・サービス内容・役割分担）・保留事項・残された課題などの確認。 ● 残された課題と今後の対応・次回開催時期などを明示。 	
<p>④ 【第4表】サービス担当者会議の要点の記録整備について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 会議録は内容を簡潔にまとめる（役割や対応・必要性や判断根拠など含めて）。 ● 出席できなかった担当者について、その理由、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。 ● 次回開催時期・残された課題も明記。 ● 欠席者と会議内容を共有する。 	
<p>⑤ オンライン開催について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● オンラインで開催する場合は、利用者等の同意を得るとともに、個人情報の取り扱いに留意する。 ● 家族を含む関係者間で現状が共有でき、意思疎通が十分にとれるよう留意する。 	
<p>⑧ 末期の悪性腫瘍の利用者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 主治の医師等の助言を得た上で先々の状態変化まで想定し、今後必要となるサービス事業者を含めた会議を行う。 ● その後のケアプラン変更はサービス担当者会議を招集しないことも可（照会で対応）。 	

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または印

実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

⑤ モニタリング

日付： 月 日 () 時間 : ~ : 場所：利用者宅・事業所内

①実習前

利用者ガイダンス

実習の目標・モニタリングの場面で学びたいこと

②実習メモ

③実習後

モニタリング場面の目的・確認事項

チェックポイント		見学	説明
<p>① モニタリング実施場面について</p> <ul style="list-style-type: none">● 少なくとも 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する。<ul style="list-style-type: none">・利用者へのモニタリングを実施（身体・健康面の変化、新たな生活のニーズ、サービス利用への思い、生活の変化、現在の生活への思いなど）。・サービス実施状況（「介護サービス計画」通りに援助の提供ができているか。）● モニタリングの方法は居宅訪問のみならず、サービス提供場面への同席、利用者・サービス事業者等との電話連絡、カンファレンス、サービス事業者からの報告記録等も含む。			

<p>② 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</p> <ul style="list-style-type: none"> ● モニタリングのポイント <ul style="list-style-type: none"> ・計画が適切に実施されているか ・ミスマッチが生じていないか ・目標がどこまで達成されているか ・個々のサービスやサポートの内容が適切か ・新たなニーズが生じていないか ※ 不要な支援がないかも確認し、限られた資源を有効に使うための対応も重要 ● 再アセスメントの視点 <ul style="list-style-type: none"> ・総合的な援助の方針を見直す ・本人のQOLを高めるという観点から見直す ・介護者のQOL向上・負担軽減の観点で見直す ・健康状態の維持・向上という観点から見直す ・ADLの維持・向上という観点から見直す ● 記録の方法 <ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録する ・モニタリングシートは特定の書式はない ・以下の項目等（全てではなくても可）を確認し記載する。支援経過に同様の内容を記載することも可。 <ol style="list-style-type: none"> ① 利用者の状態（健康状態、身体機能、生活の様子、精神、環境、経済状況等） ② 家族の状態（介護者の健康状態、介護の状況、精神的ストレス等） ③ 目標の達成度 ④ 計画の実施状況 ⑤ 個々のサービスの利用状況 ⑥ 新たな医療上の留意事項の確認（治療変更、内服薬変更の有無等） ⑦ 利用者（家族）の満足度等サービスに関する意向 ⑧ 総合評価と今後の方針（再アセスメント、プラン変更の必要性、担当者会議開催等） 	
<p>③ モニタリングの視点について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 継続的な介護状況の把握を行う。 ● 状態変化の兆候を早期発見する（リスクマネジメントも含む）。 ● ミスマッチを修正する。 ● サービス担当者から利用者の状態を確認し、必要に応じて情報交換をする。 ● 状態の変化が考えられる場合は、主治医等とも連携し意見を求める。 ● 変化が確認されたとき、それに対応する「居宅サービス計画」の見直しとサービス担当者会議の開催の必要性を検討する。 ● ケアプラン作成時に残された課題があった場合、経過の確認や今後の対応を検討する。 	
<p>④ オンラインで行う際のポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以下のいずれにも該当する場合において、2月に1回はオンラインモニタリングが可能（2月に1回は訪問してモニタリングを実施） ● 文章により利用者の同意を得ている（重要事項説明書に記載するなど） ● サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医や関係者の合意を得ている。 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況が安定していること ・利用者がオンラインで意思疎通を行うことができる ・オンラインモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受ける 	

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または印

実習記録用紙 ※個人が特定されないよう留意願います。

⑥ 給付管理

日付： 月 日 () 時間 : ~ : 場所：事業所内

① 実習前

利用者ガイダンス（※ 必ず利用者情報等を記載のこと。無記入は認められません）

実習の目標・給付管理の場面で学びたいこと

②実習メモ

③実習後

給付管理場面の目的・確認事項

チェックポイント		見学	説明
給付管理業務について ○サービス提供の前月 <ul style="list-style-type: none">● 第6表（サービス利用票）及び第7表（サービス利用票別表）を作成し、利用者（又は代理人）の同意を得る。 ※ 電磁的記録での対応も可能。● サービス提供票・別表を作成し、サービス提供事業所へ提出する。● 区分支給限度基準額を超過した場合<ul style="list-style-type: none">・ 利用者に、超過分が10割負担になることを説明し承諾を得る。・ 請求を行う事業者に超過単位の確認・説明をする。 ○サービス提供の翌月初め <ul style="list-style-type: none">● サービス提供事業所から実績報告を受ける（加算等の実施状況も把握）● 実績報告に誤りがないかを確認し（突合）、給付管理票を作成する● 毎月10日までに国保連に給付管理票を提出● 居宅介護支援費（加算・減算等も確認）も請求する			
その他留意事項について（指導者から以下の概要を解説） <ul style="list-style-type: none">● 暫定居宅サービス計画作成の際に留意すべきこと● 当初の計画外のサービスが提供された場合の対応● 生活保護受給者への支援、保護課への書類提出や介護券について			

理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン
	氏名または印

見学実習最終日

令和 年 月 日

4) 目標の達成状況

見学実習を通じての振り返り・見学実習を受けて得られた学び

5) 後期研修や今後に向けての目標設定

【指導者記入欄】 令和 年 月 日

全体評価（実習全体を通じてのコメントをご記入ください）

居宅介護支援事業所名	
主任介護支援専門員氏名	