令和６年度

介護支援専門員実務研修

実習報告書

* この報告書は，後期初日（3/5）の「第14章実習振り返り」履修後，事務局へ提出します。控えが必要な場合は，提出前に写しをとってください。

＜提出方法＞　オンライン参加の方・・・同封のレターパックで郵送

　　　　　　　会場参加の方・・・・・・会場で回収

**※３月５日の研修受講後に提出してください。**

* 提出前に下記の項目を必ず確認し，☑チェックしてください。

[ ]  P1～17までの様式全てが添付されていますか？

（パソコンで入力した場合は全て出力し，添付されていますか？）

[ ]  各様式の記入が必要な項目に，記入漏れや空欄はありませんか？

[ ]  必須の見学・観察実習は，実習期間内に実施されていますか？

[ ]  実習協力者が特定できる情報（個人名・生年月日・住所番地・電話番号等）

は記載されていませんか？

[ ]  初回に作成した模擬ケアプラン（実習指導者からの添削入り）は，Ⅱに添付され

ていますか？

[ ]  指導後作成した模擬ケアプラン（修正後）は，Ⅲに添付されていますか？

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏　　　 名 |  |
| 実習事業所名 |  |

Ⅰ　見学・観察実習にかかる報告書

＜実習前＞

[１　介護支援専門員実務研修　実習誓約書 1](#_Toc183444362)

＜見学・観察実習＞

[２　見学・観察実習報告書（受講者用） 2](#_Toc183444363)

[３　給付管理業務に関する実習報告書 4](#_Toc183444364)

＜模擬ケアプラン作成実習＞

[４　実習協力者面接報告書 5](#_Toc183444365)

[５　模擬ケアプラン作成実習自己評価表（受講者用） 6](#_Toc183444366)

＜まとめ＞

[６　実 習 総 合 報 告 書 7](#_Toc183444367)

[７　実習振り返り演習①説明シート（後期課程で使用） 8](#_Toc183444368)

Ⅱ　模擬ケアプラン作成実習関係様式（初回）

[１　事例様式１「基本情報に関する項目」 9](#_Toc183444369)

[２　事例様式２「課題分析標準項目」 10](#_Toc183444370)

[３　事例様式３「ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート」 12](#_Toc183444371)

[４　第１表「居宅サービス計画書（１）」 13](#_Toc183444372)

[５　第２表「居宅サービス計画書（２）」 14](#_Toc183444373)

[６　第３表「週間サービス計画表」 15](#_Toc183444374)

[７　第６表「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」 16](#_Toc183444375)

[８　社会資源調査票 17](#_Toc183444376)

Ⅲ　模擬ケアプラン作成実習関係様式（修正後）

* 実習指導者の添削後，修正した模擬ケアプラン１～８を添付すること。

|  |
| --- |
| １　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行うにあたり、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．この実習において作成する報告書に関係しないことや実習協力者の意に添わ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しません。また、実習以外の場で漏らすことはしません。３．本研修の後期課程における実習の振り返りの際も実習協力者の個人名や個人を特定する内容の発言はいたしません。４．実習事例検討会においても個人名等は言いません。５．実習協力者に不利益になるようなことはいたしません。　以上、お約束いたします。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆）　　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※実習生が3通作成し、１通を研修実施機関へ、１通を実習受入事業所へ提出し、１通を実習生で保管すること。**

# ２　見学・観察実習報告書（受講者用）①

|  |  |
| --- | --- |
| 実習受入事業所名 |  |
| 実習指導者氏名 |  |
| 項　目 | 自己目標※ 見学・観察前に作成すること | 見学・観察内容 |
| ≪必須≫■アセスメント場面　 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| 　　　　　≪必須≫■プランニング場面　 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| ≪必須≫■モニタリング場面 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| ≪必須≫■サービス担当者会議場面 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| ≪必須≫■給付管理場面 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |

２　見学・観察実習報告書（受講者用）②

≪任意≫※必須項目以外で見学・観察予定されている場面があれば、項目を☑し事前に目標を記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　目 | 自己目標※ 見学・観察前に作成すること | 見学・観察内容 |
| [ ] インテーク場面 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| [ ] 居宅サービス計画と個別サービス計画との整合性の確認 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| [ ] サービス事業所との各種連絡調整 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| [ ] 行政との連絡調整 |  | （実習日：令和　　年　　月　　日（　　）） |
| 気づき及び自己評価総評 |  |

# ３　給付管理業務に関する実習報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　容 |
| 介護報酬の仕組みの理解 |  |
| 支給区分限度額の仕組みの理解 |  |
| 利用者への利用料の説明と同意【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 |  |

# ４　実習協力者面接報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　容 |
| 面　接　実　施　日 | （初回）令和　　　年　　　月　　　日（　　）（2回目）*※面接を２回に分けて実施した場合のみ記入*　　　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 家族の同席の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 実習指導者の同席の有無 | 有　　　・　　　無 |
| （面接に際しての）実習指導者からの助言等の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 【実習指導者からの助言等があった場合の助言等の内容】 |
| 面接を行うにあたって実習協力者に対して配慮した点 |  |
| 困難に感じたこと |  |
| 今後の自己課題 |  |

# ５　模擬ケアプラン作成実習自己評価表（受講者用）

※「自己評価」欄の1～5のいずれかに☑をつけてください。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 模擬ケアプラン作成実習の評価項目 | 自己評価低 ←←　　　→→ 高 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ① 実習協力者に実習の目的や内容を説明し、快くお話をしていただくことができたか |  |  |  |  |  |
| ② 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 居宅サービス計画書（１）を作成することができたか | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ⑥ 居宅サービス計画書（２）を作成することができたか | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ⑦ 週間サービス計画表を作成することができたか | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ⑧ 介護報酬と給付管理業務の概要を説明できたか | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ⑨ 社会資源調査票を作成することができたか | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ⑩ 模擬ケアプラン作成実習の総括評価 | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

# ６　実 習 総 合 報 告 書

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　容 |
| 実習で訪問した要介護高齢者の生活環境 |  |
| 模擬実習での気づき |  |
| 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 |  |

# ７　実習振り返り演習①説明シート（後期課程で使用）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　容 |
| 利用者の概況 |  |
| 日常生活上の困りごとと背景・要因 |  |
| 利用者本人ができていることしていること |  |
| 利用者・家族の望む暮らし | （本人）（家族） |
| 現状が続くことで予測されるリスク | （個人因子）（環境因子） |
| 状況を改善するための促進因子 | （個人因子）（環境因子） |
| 解決すべき課題 |  |
| 模擬ケアプラン作成実習で普通にできたこと |  |
| 模擬ケアプラン作成実習で難しいと感じたこと |  |

# １　事例様式１「基本情報に関する項目」

**基本情報に関する項目**

**課題分析標準項目（№1～9）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 性別 | [ ] 男性 ・　[ ] 女性 | 年齢 | 　歳 |
| 主訴・意向 | 〔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〕 |
|  |
| 病歴 | 〔経過・病歴等〕 | 〔かかりつけ医〕〔内服薬〕〔かかりつけ歯科医〕 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | かかりつけ医 | 主治医意見書 |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 | かかりつけ医 | 主治医意見書 |  |
| 介護支援専門員 | 初回ｱｾｽﾒﾝﾄ |  | 介護支援専門員 | 初回ｱｾｽﾒﾝﾄ |  |
| 社会保障制度の利用情報等 | 介護保険 |  | 家屋状況 |  |
| 年金 |  |
| 医療保険 |  |
| 生活保護障害福祉自治体サービス生活支援サービス |  |
| 現在利用している支援や社会資源の状況 |  |
| 計画作成状況 | [ ] 新規　・　[ ] 新規以外 |
| 課題分析の理由 | 初回のケアプラン作成のため |

# ２　事例様式２「課題分析標準項目」

**課題分析標準項目**

**課題分析標準項目（№10～23）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **標準項目名** | **アセスメント内容（現在の状況）** | **本人・家族の思い・専門職の評価・見通し** |
| 10 | 健康状態 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 11 | ＡＤＬ |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 12 | ＩＡＤＬ |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 13 | 認知機能や判断能力 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 14 | コミュニケーションにおける理解と表出の状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 15 | 生活リズム |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 16 | 排泄の状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 17 | 清潔の保持に関する状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 18 | 口腔内の状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 19 | 食事摂取の状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 19 | 社会との関わり |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 21 | 家族等の状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 22 | 居住環境 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |
| 23 | その他，留意すべき事項・状況 |  | 【本人の思い】 |
|  |
| 【家族の思い】 |
|  |
| 【専門職の評価・見通し「他職種協働」】 |
|  |

# ３　事例様式３「ＩＣＦ思考による情報整理・分析シート」

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者が困っていること | 利用者が望んでいること | 意思表明していないが専門職が代弁するニーズ |
| 　 | 　 | 　 |
| **↘ ①対人援助を通じて利用者・家族等と合意した主訴や希望・専門職が代弁した意向　②ICF思考による情報整理・分析による生活全般の解決すべき課題（ニーズ）・利用者や家族等の望む暮らしの抽出 ↗** | 家族等が困っていること | 家族等が望んでいること |
| 　 | 　 |
| 　 |
| **健康状態**が生活に及ぼしている影響「疾患・廃用症候群」（病状：安定・不安定）（状態：維持・改善・悪化）（医療専門職による援助の必要性：有・無）など |
| 【現在の状況】　 |
| 【生活機能への影響】　 |
| 　**生活機能** |
| **心身機能・構造**　ADL・認知機能・排泄・清潔・口腔・食事など | **活動**　IADL・コミュニケーション・生活リズム・金銭管理・服薬管理など | **参加**　社会とのつながり・担っていること・趣味・友人・親戚・外出など |
| 　 | 　できる活動 | 　している活動 | 　 |
| 　 | 　 |
| 活動制限 | 参加制約 |
| 　 | 　 |
|  |
| **環境因子**　家族等の状況・住環境・経済j状況・医療・福祉など現在の状況 | **個人因子**　年齢・成育歴・性格・価値観・職歴・習慣（こだわり）など現在の状況 |
| 　 | 　 |
| 現状が続くことで予測されるリスク　〇〇な危険性が高まるのではないか？ | 現状が続くことで予測されるリスク　〇〇な危険性が高まるのではないか？ |
| 　 | 　 |
| 改善の促す因子　〇〇が整えば△△の可能性があるのではないか？ | 改善の促す因子　〇〇が整えば△△の可能性があるのではないか？ |
| 　 | 　 |
| **第２表に記載** | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 長期目標 | 短期目標 |
| 　 | 　 | 　 |
|
| 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 長期目標 | 短期目標 |
| 　 | 　 | 　 |
|
| 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表に記載** | 利用者・家族の意向（利用者・家族の望む暮らし）送りたい・取り戻したい生活（暮らし）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |
|
| ～と言う生活（暮らし）が取り戻せたらとお考えなのですね！ |

# ４　第１表「居宅サービス計画書（１）」

|  |  |
| --- | --- |
| 第　１　表 |  **作成年月日 令和　　年　　月　　日** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **初回　・　紹介　・　継続** |  | **認定済　・　申請中** |

**利用者名　　　　　　　　　　　殿　　　生年月日　　　　X　年　X　月　X　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：　　　　　　　　　　　　　　　 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 令和　　年　　月　　日**

**認定日　　　令和　　年　　月　　日 　認定の有効期間　　　令和　　年　　月　　日 ～　　令和　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

# ５　第２表「居宅サービス計画書（２）」

|  |  |
| --- | --- |
| 第　２　表 |  **作成年月日 令和　　年　　月　　日** |

**利用者名** 　　 　 **様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活全般の解決す課題（ﾆｰｽﾞ） | 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　「保険給付対象かどうかの区分」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。

# ６　第３表「週間サービス計画表」

|  |  |
| --- | --- |
| 第　３　表 |  |

 　　　**作成年月日 令和　　　年　　月　　日**

**利用者名** 　　 　　 **殿**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 週単位以外のサービス |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第　６　表 |  |  | 居宅介護支援事業者→利用者 |
|  |  |
|  | 令和　　　　年　　　　月分 | ７　第６表「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」 |  |  |
| 認定済み　・~~申請中~~ |  |  |  |
|  |  |
| 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 保険者名 | 　 | 居宅介護支援 | 　 | 作成年月日 | 令和 | 利用者確認 |
| 事業者事業所名 | 　年　　月　　日 | 　 |
| 担　当　者　名 |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | フリガナ | 　 | 保険者確認欄 | 　 | 届け出年月日 | 　 |
| 被保険者氏名 |
|
| 生年月日 | 　 | 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 | 　 | 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 | 　 |
| 変更後要介護状態区分変更日 | [ ] １・[ ] ２・[ ] ３・[ ] ４・[ ] ５ |
| 令和　　年　　月　　日 | 単位／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 |
| 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 | 合計回数 |
| 曜日 | 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 | 火 | 水 |
|  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

８社会資源調査票（実習協力者の住む地域とその社会資源）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 |
|  |  |  |
| 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 |
| 医療機関名 | 特　　徴 |
|  |  |

９　社会資源調査票（実習協力者の住む地域とその社会資源）②

|  |
| --- |
| 入所型介護サービスの状況 |
| 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 |
| 事業所名・団体等名 | 特　　徴 |
|  |  |
| 日常品の購入等 |
|  |  |
| 近隣との関係・地域との交流 |
|  |  |
| 相談機関　その他 |
| 機関等名称 | 特　　徴 |
|  |  |