

- 本記録用紙は、実務研修10日目(後期1日目)に提出していただきます
- 自身の保管用として、必ず、コピーをとって下さい
- 様式は福岡県介護支援専門員協会ホームページ上からダウンロードできます

様式 5

令和7年度 福岡県介護支援専門員実務研修 見学実習記録用紙

- 実習期間中、その日に学んだ事に関しては記録し実習指導者に提出し指導者コメントを頂いてください。
- 未記入の箇所がないようにしてください
- 見学実習終了後(見学実習記録用紙記入終了後)は、自身の保管用として、本用紙(様式5)を全てコピーして下さい。
- 後期1日目(10日目)に介護支援専門員実務研修報告書(様式4)と併せて本用紙(様式5)を受付時にご提出してください。
- 後期1日目(10日目)には受付提出用とは別に、保管用としてコピーした本用紙(様式5)も持参してください。(実習振り返りにて使用します)

注意！

- ① 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。
- ② 当日、研修会場でのコピーはお受けできません。予めコピーをご用意ください。

受講番号		氏名	
見学実習先 施設名称			

福岡県介護支援専門員実務研修 見学実習記録用紙

前期研修を振り返り、実習で何を学びたいか！設定しましょう。（実習オリエンテーション時に記入する）

--

1. 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

	9:00～	10:30～	13:00～		14:30～		16:00～	17:30～
1日目	事務所でオリエンテーション		訪問		訪問		振り返り	
2日目			担当者会議		訪問		振り返り	
3日目							担当者会議	訪問
4日目	ケア会議		担当者会議					
5日目			訪問		事務所で振り返り			

2. ケアマネジメントプロセス 見学実習チェック

※ 以下の項目について実習事業所から説明を受けたか、見学をしたかを受講生自身が○印をつけてください。

※ 各場面にて、「理解できた事や見習いたい事」を記入し指導者よりコメントを頂いてください。

① インテーク

日付： 月 日() 時間： ~ : / 場所： 利用者宅 事業所内 その他
利用者ガイダンス (見学なし:説明のみ)

実習の目標・インテークの場面で学びたいこと

居宅介護支援の契約について指導内容（インテーク場面）

チェックポイント	見学	説明
1 介護支援専門員も利用者から選ばれる立場であることを説明する。		
2 介護保険制度に関して、パンフレット等を用い、しくみ・サービス利用の流れ・サービスにかかる費用・サービスの種類等について説明をする。		
3 利用者(又は、家族)の意志で、契約を行う必要性を説明する。		
4 利用者本人の意志で契約することが難しい場合には、成年被後見制度の活用の必要性を説明する。		
5 利用者に重要事項を説明し、理解を得て、重要事項説明書を手渡すことを説明する。		
6 利用者に介護保険制度、居宅介護支援業務(介護支援専門員の役割)について理解してもらう事の必要性を説明する。		
7 利用者に利用者の負担についても十分な説明が必要な事を説明する。		
8 相談のみであっても秘密保持が原則であること、また個人情報の取り扱いについて事業所(自機関)の規定事項及び注意していることを説明する。		
9 事業所との契約となった場合、保険者に「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出し被保険者証への事業所名記載が必要であることを説明する。		
10 利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介をすることが義務付けられたことを説明する。		
11 前6ヶ月に事業所で作成されたケアプランにおいて、訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護・福祉用具貸与のプランの割合やサービスごとの回数のうち、同一事業所によって提供されたものの割合についての説明が義務付けられたことを説明する。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

② アセスメント

日付： 月 日() 時間： ~ : / 場所： 利用者宅 事業所内 その他
利用者ガイダンス (見学なし:説明のみ)

実習の目標・アセスメントの場面で学びたいこと

実習の目標・アセスメントの場面で学びたいこと

課題についての指導内容（アセスメント場面）

チェックポイント	見学	説明
1 的確なアセスメントを行うためには、利用者や家族との信頼関係の構築が何より大切であることを認識して、利用者に接する事を説明する。		
2 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 23 項目からなる課題分析標準項目を示している。この項目を網羅する必要がある事を説明する。		
2 アセスメントは、居宅サービス計画作成の根拠となることを意識する必要性がある事を説明する。		
3 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必要性を説明する。		
4 ニーズを正しく把握するための客観的な分析と、利用者の希望や家族の思いなどを、専門職として総合的に判断する必要性を説明する。		
5 利用者のこれまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどう生き方を望んでいるのか、利用者視点に立って考える必要性を説明する。		
6 要介護状態の改善や軽減を図る視点を重視して分析する事を説明する。		
7 家族を「介護者」としての捉え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こと等の視点が必要であることを説明する。		
8 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が必要である事を説明する。		
9 利用者本人の状態と環境である背景（原因は何か？、何が影響しているのか？）を確認する必要性の説明をする。		
10 課題分析(アセスメント)項目の奥行情報を把握する。 ⇒いつからどのように始まったのかを確認する必要性を説明する。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

③ 居宅サービス計画書の作成

日付： 月 日() 時間： ~ : / 場所： 利用者宅 事業所内 その他
利用者ガイダンス (見学なし:説明のみ)

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

--

居宅サービス計画の指導内容（第1表の作成）

チェックポイント	見学	説明
1 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)であることを説明する。		
2 「利用者および家族の生活に対する意向」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。(介護サービス利用の意向ではなく「生活」に対する意向であること留意)事を説明する。		
3 総合的な援助の方針		
① 利用者等が最終的に到達すべき方向性や状況が示され、困っていることに対する望ましい解決の方策が示されて課題分析により抽出された課題に対応している事(2表と連動している)を説明する。		
② 各種サービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとしているのかの総合的な観点で記載する事を説明する。		
③ あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合(認知症、昼間独居老人、医療の頻度が高い等)は、対応機関やその連絡先を記載する必要性を説明する。		
4 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事を説明する。		
5 欄外に、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、利用者の同意を文書に残し、日付や了承印(サイン)の記載が必要な事を説明する。		

居宅サービス計画の指導内容（第2表の作成）

チェックポイント	見学	説明
1 生活全般の解決すべき課題内容(課題表現も含む)		
① 課題分析票に記載された結果をもとに問題や課題をその根拠・要因とともに本人の課題として、導き出す事を説明する。		
② 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事を説明する。		
③ 実際に行われているケアの内容や介護目標そのものがニーズにならない事を説明する。		
④ 課題の書き方について説明する。(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・援助者により判断されるニーズ) 例 「〇〇できるようになりたい」、「〇〇したい」「〇〇が必要である」等		
2 長期目標の内容		
① 課題に対応した最終的に目指す目標や結果である事を説明する。		
② 実際に行われているサービス内容を、目標にしない事を説明する。		
③ 利用者本人(介護者でなく)が、どうなるかという内容で表現する事を説明する。		
④ 目標に対する開始時期(〇年〇月〇日)、達成予定期(〇年〇月〇日)を記載する事を説明する。		
3 短期目標の内容		
① モニタリングの指標となり実現可能なもので明確に記載する事を説明する。		
② 実際に行われているサービスの内容を目標にしない事を説明する。		

③ 長期目標が達成できるための当面の目標を、具体的に記載する事を説明する。		
④ 目標に対する開始時期(○年○月○日)、達成予定期(○年○月○日)を記載する事を説明する。		
4 援助の内容		
① ニーズを解決するためのサービス内容を、具体的に記載する事を説明する。		
② 何をするかという内容だけでなく、何に気をつけるべきかという内容についても具体的に記載する事を説明する。		
③ サービス提供事業者に対して、正確に伝わる内容になる事を説明する。		
④ 選択するサービスについては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る。また家族も資源の1つであることも重要であるということを説明する。		
⑤ 医療系サービスが必要な利用者については、適切に医療系サービスを盛り込む必要性を説明する。		
5 「生活全般の解決すべき課題」から、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、「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由を記載する事を説明する。		
6 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日を超えないよう計画し、超えない場合でも要介護認定等の有効期間の概ね半数を超えていないか。(特に必要と認められる場合は除く。)について説明する。		

居宅サービス計画の作成とサービスの調整の指導内容

チェックポイント	見学	説明
1 居宅サービス計画を確定し、利用者及びサービス提供事業者に交付する事を説明する。		
2 サービス提供事業者の介護計画は、居宅サービス計画に沿ったものとなっているのか確認する事を説明する。		

週間サービス計画表の指導内容（第3表）

チェックポイント	見学	説明
1 第2表の援助内容に掲げたサービスを、介護給付対象の内外を問わず全て記載する事を説明する。		
2 主な日常生活上の活動について記載する事を説明する。		
3 週単位以外の支援やサービスについても記載する事を説明する。		

居宅介護支援経過(第5表)／サービス利用票・別表(第6表、7票)の指導内容

チェックポイント	見学	説明
1 支援経過は、公的な記録であり 記載した日時、曜日まで記載する事を説明する。		
2 『居宅介護支援経過』は専門職として残す記録である。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事を説明する。		
3 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ことを説明する。		
4 介護支援専門員は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の医師等の指示があることを確認し、意見を求める必要性を説明する。 → 医師の意見を求める場合は面接のみならず、電話、FAX、メール等によって行い必ず記録を残すことを説明する。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

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 その他
利用者ガイドンス (見学なし:説明のみ)

実習の目標・サービス担当者会議の場面で学びたいこと

サービス担当者会議の要点の指導内容（第4表）

チェックポイント	見学	説明
1 利用者及び家族のニーズの共有化をする事を説明する。		
2 多様な専門的立場から意見をもらえる貴重な場であるという事を説明する。		
3 関係者が集まるサービス担当者会議が、利用者や家族にとって心理的なプレッシャーを与えることにならないよう、くつろいだ雰囲気作りが必要な事を説明する。		
4 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・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合・福祉用具については、計画作成後必要に応じて随時)に開催し、開催月日等必要事項を記載する必要を説明する。		
5 検討した内容や結論を、明確に記載する必要がある事を説明する。		
6 残された課題を記載する事を説明する。 (必要だが社会資源が地域に不足しているため未充足な場合や、 利用者の希望で利用しなかったサービスや次回開催時期、方針を記載する事。)		
7 サービス担当者会議に出席できなかった場合、その理由を記載する必要がある事を説明する。		
8 出席できなかった担当者の氏名、照会(依頼)年月日、照会(依頼)した内容及び回答の記載について説明する。 →できるだけ早めに、欠席者にも会議内容を周知する(会議録を渡す等)事を説明する。		
9 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、主治医等の参加の必要性や意見の照会の必要性を説明する。		
10 末期の悪性腫瘍患者の心身の状況等により、主治医等の意見を勘案して必要と認める場合にはサービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスの簡素化が可能であることを説明する。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

⑤ モニタリング

日付：月 日() 時間：～／ 場所：□利用者宅 □事業所内 □その他
利用者ガイダンス（□見学なし：説明のみ）

実習の目標・モニタリングの場面で学びたいこと

実習の目標・モニタリングの場面で学びたいこと

初動機のモニタリングの指導内容

チェックポイント	見学	説明
・少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することを説明する。(※施設においてのモニタリングは「本人と面接をして定期的に行う」と定義されている)		
・利用者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)サービス提供状況のモニタリングを実施。(「介護サービス計画の通りに援助の提供ができるか。」)		
・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記録等も含む事の説明。		
1 利用者の状態を観察して居宅サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、確認する事を説明する。		
2 介護者が、サービスの導入にうまく適合できているかを確認するという事を説明する。		
3 利用者が利用変更や利用中止を繰り返し行っていないか確認する必要性を説明する。		
4 現実にサービスを利用し、新しい生活に入った利用者の状況を把握する必要性を説明する。		

継続的なモニタリングの指導内容

チェックポイント	見学	説明
・記録の方法を説明する。・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が、以下の項目が必要となる事を説明する。支援経過に同様の内容を記載することでもよい。 ①評価日、評価期間、評価項目②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)③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)④目標の達成度⑤計画の実施状況⑥個々のサービスの利用状況⑦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)⑧利用者(家族)の満足度等サービスに関する意向⑨総合評価 ⑩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) →次回のモニタリングの時期と目的について説明をする。		
1 時間の経過とともに利用者の状態や取り巻く環境(介護家族の状況や生活環境など)の変化を把握する必要がある事を説明する。		
2 継続的な介護状況の把握による、状態変化の兆候の早期発見する事を説明する。		
3 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必要がある事を説明する。		
4 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事を説明する。		
5 変化が確認できたとき、それに対応する「居宅サービス計画」を作成する事。サービス担当者会議の開催の有無を検討する事を説明する。		
6 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事を説明する。		
7 モニタリングの際にケアマネジャーが把握した情報を主治医や歯科医師、薬剤師に情報提供する事が義務付けられたことを説明する。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

⑥ 納付管理 その他

日付：月 日() 時間：～：／ 場所：□利用者宅 □事業所内 □その他
利用者ガイダンス（□見学なし・説明のみ）

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

給付管理の指導内容

具体的な説明事項	見学	説明
1 第6表の利用者(又は、代理)の確認について説明する。		
2 利用限度額を超過した場合、事前に請求を行う事業者に超過単位の確認・説明をする事。 その際、超過分が10割負担になることを利用者に説明し、理解を得る事について説明する。		
3 暫定居宅サービス計画のときに、想定される事について説明をする。		
4 当初計画外のサービスが提供される場合、居宅サービス計画を変更し利用票等の再作成について説明する。		

他の指導内容

チェックポイント	見学	説明
1 主治医意見書・認定調査票(特に概況調査)等との照合の必要性を説明する。		
2 サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得る事を説明する。		
3 一連の書類が揃っており、個別(利用者毎)にファイリングする必要性を説明する。		
4 医療と介護の連携の強化により、入退院時等の加算の内容について説明する。		
5 統計的にみて通常のケアプランより、かけ離れた訪問回数(生活援助中心型)の多いケアプランを位置付ける場合は、市町村にケアプランを届け得ることを説明する。		
6 質の高いケアマネジメントの推進から、地域における人材育成を行う事業所への評価として特定事業所加算(I)～(III)の説明をする。		

日付	理解できた事や見習いたい事	指導者コメントとサイン

3. 見学実習を通じての振り返り(受講者) 見学実習を受けて得られた学びについてご記入下さい。

受講者 記入欄	
------------	--

4. 指導者からのコメント 1と2を確認の上、受講者へのコメント、今後の期待をご記入下さい。

指導者 記入欄	
------------	--

指導者側記入欄 【記入日:令和 年 月 日】

見学実習のすべての項目内容について、受講者に説明および同行見学を行いました。また、受講者が体験チェック欄に洩れなくチェックできていることを確認しました。

居宅介護支援事業所名	
主任介護支援専門員氏名	印
実習日	

5. 後期研修に向けての目標を設定しましょう。

--

※このシートは、後期1日目の科目「実習の振り返り」にて使いますので、必ずご持参ください。このシートが無い場合、後期の研修が受けられなくなります。