

第9号様式

年 月 日

香川県介護支援専門員実務研修
研修実施機関 代表者 様

所在地

事業所名称

代表者氏名

香川県介護支援専門員実務研修実習報告書

介護支援専門員実務研修実習の結果について、下記のとおり報告します。

実 習 生	フリガナ		
	氏名		
	住所	(郵便番号 -)	
	電話番号		
	生年月日	年 月 日	(歳)
実習期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
実習場所			
実習内容			
受入事業所の コメント			
実習指導者氏名		連絡先	

※裏面の評価票も記載の上、提出してください。

評価表

下記については、指導者（主任介護支援専門員）が事業所内で協議の上記載してください。

評価項目	評価の視点	評価（※）
服装・身だしなみ	・服装や髪形等はふさわしいか。	
あいさつ・言葉遣い	・適切な言葉遣いであいさつ、発言ができていたか。 ・適切に声掛けができていたか。	
実習協力者（利用者等）への対応	・利用者等の尊厳に配慮し、適切な関係が築けるようなコミュニケーションを図っていたか。	
アセスメント、プランニング（サービス担当者会議）、同行訪問（モニタリング）	・実務研修前期の講義内容について、見学を通じて確認・理解を深めていたか。	
	・実務研修後期の講義での課題等を見据えて見学できていたか。	
	・指導者の説明に対する聴講態度は適切だったか。 ・課題や疑問点を質問するなど、問題意識をもって見学していたか。 ・ケアマネジメント業務に興味をもって見学できていたか。	
規則等の順守	・実習受入事業所の就業規則等を順守するとともに、事業所の業務に支障を来さないよう必要な配慮ができたか。 ・実習日誌の作成及び実習のルールを順守したか。	

※ 評価

- 0：課題なし
- 1：ほぼ課題なし
- 2：気になる課題が数個あり
- 3：課題のない状況が半分
- 4：早急に課題を認識し改善が必要