**＜受講申込時提出用＞　介護支援専門員自己評価表回答用紙**

Ｂ１　　　　.　 受講者名：

勤務先種別（該当に○）：　1 .指定居宅介護支援事業所 2 .特定施設入居者生活介護　3 .小規模多機能型居宅介護

 4. 認知症対応型共同生活介護　　5 .介護保険施設(福祉施設)　　 6. 介護保険施設(老健施設)

7. 介護保険施設(介護医療院)　　 8. 介護保険施設(療養施設)　 　9. 地域包括支援センター

10. 実務に就いていない

**評価基準：4. できている　3. 概ねできている　2. ほとんどできていない　1. 全くできていない 0. 該当なし**

1. スクリーニング実施にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 3-1 | 3-2 | 3-3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. インテーク実施にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. アセスメント実施にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
|  |  |  |  |  |  |

4. ケアプラン作成にあたっての確認ポイント

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 41 | 42 | 43 |
|  |  |  |
| 44 | 45 | 46 | 47 | 48 |
|  |  |  |  |  |
| 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | 60 | 61 | 62 |
|  |  |  |  |

5. サービス担当者会議実施にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. モニタリングを実施にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

7. 終結にあたっての確認ポイント

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 90 | 91 | 92 | 93 | 94 |
|  |  |  |  |  |

　※様式 介護支援専門員自己評価表の「実施状況・申込時」欄にも記入してください。

様式 介護支援専門員自己評価表は、研修第2日目の持ち物となります。