提出日：令和　　年　　月　　日

**提供事例の概要シート**

**１　点検実施日**令和　　　年　　　月　　　日（　　　）

**２　事業所情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **介護支援専門員****の在籍人数** | 人　（うち、主任介護支援専門員　　　　人） |

**３　担当者情報**

（裏面あり）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名** | （フリガナ） |  |
|  |
| **メールアドレス** |  |
| **介護支援専門員****としての経験年数** | 年　　か月 | 〔 主任介護支援専門員資格　　□有　　□無　〕 |
| **基礎資格** | □保健師　□看護師　□理学療法士　□作業療法士　□社会福祉士 |
| □介護福祉士　□視能訓練士　□義肢装具士　□言語聴覚士 |
| □その他（ |  | ） |
| **『保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン』に関連する研修の受講状況（該当にチェック☑を付け、受講回数・年度を記入してください。）** |
| □ ケアマネジメントの質の向上研修会（東京都主催） | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| * 自立支援・重度化防止等介護支援専門員質の向上研修（東京都主催）
 | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| □ 質の向上ガイドライン研修（練馬区主催） |  |  |  |  |  |
| 〔研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| 〔研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| □ その他 |  |  |  |  |  |
| 〔研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| 〔研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | （受講回数 |  | 回 ／ 年度 |  | ） |
| **リ・アセスメント支援シートの使用状況（該当にチェック☑を付けてください。）** |
| □業務での使用経験がある　　□研修等での使用経験のみ　　□使用したことがない |

**４　点検の実施方法**

|  |
| --- |
| **区との面談の実施方法（希望される方法にチェック☑を付けてください。）** |
| □対面　　□WEB会議システム（ ※傍聴者のカメラ設定　□オフを希望　） |

※区との面談では、傍聴者として事前確認担当の主任介護支援専門員（任意）、地域包括支援セ　ンター、区担当者、区介護給付調査員が参加します。WEB会議システムによる面談では点検中に傍聴者との画面共有を行いますので、傍聴者の表示が気になる等の場合には「オフを希望」にチェック☑を付けてください。（傍聴者のカメラ設定をオフにします）

**５　点検対象事例の情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者の****住所地** | 練馬区 |  | 町 |  | 丁目 | **利用者の****担当年数** |  | 年 |  | か月 |
| (担当の地域包括支援センター： |  | ） |
| 提出理由（この事例を選んだ理由） |
|  |

※本シートにご記載いただいたメールアドレスはケアプラン点検の実施に係る諸連絡に使用します。ご担当者様との連絡を取りやすいメールアドレスをご記載ください。また、ケアプラン点検の円滑な実施のため、本シートの情報は事前確認担当の主任介護支援専門員および地域包括支援センターと共有させていただきますのでご了承ください。

|  |
| --- |
| 【提出先】　練馬区介護保険課事業者運営推進係　メール：KAIGO＠city.nerima.tokyo.jp住所：〒176-8501　練馬区豊玉北6‐12‐1　　電話：03‐5984‐4589 |