令和４年度（　　　　）ケアプラン点検事業　＜介護支援専門員　振り返りシート＞

※カッコ内に市町村名をご記入ください。

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員名

　ケアプラン点検面接終了後、提出事例他について明らかになったこと等があればご記入願います。

１．ケアプラン点検で明らかになったアセスメント及びケアプランの課題があればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

２．ケアプラン点検を受けて気づいた多職種との連携を深める方策があればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３．ケアプラン点検を受けた率直な感想をお聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

４．あなたの地域で足りないと思うサービス、もっと充実してほしいサービス等（インフォーマル含む）があればお教えください。この項目は、集計して保険者に報告します。保険者に現場の声を届ける機会と思ってください。

|  |
| --- |
|  |