ケアプラン点検を受けた介護支援専門員の方々へのお願い

（振り返りシートの提出依頼）

　本日は、ケアプラン点検へのご協力ありがとうございます。

ケアプラン点検の委託を受けた北海道ケアマネジメントサポートリンクとして、ケアプラン点検をより実りのあるものとするため、被点検者の介護支援専門員の方々に「振り返りシート」のご提出をお願いしております。

つきましては、配布した「振り返りシート」にご記入しご提出いただきますようお願い申し上げます。

【記載方法】

①手書きでシートに記載する。

②ワードで打ち込む。

　※②の場合は、様式が北海道ケアマネジメントサポートリンクのホームページにアップしておりますのでダウンロードしてご使用ください。



　ＨＰ：<http://www.care-support-link.jp/>

③右のQRコードを読み込み、画面が出たら回答する。

　【提出方法】

　①FAXで送る

⇒**011-594-8358**（北海道ケアマネジメントサポートリンク）

　②メール添付して送る　⇒info@care-support-link.jp

　③郵送で送る（下記住所あて）。この場合、申し訳ありませんが84円切手はご負担ください。

　④QRコードからアンケート回答した場合は、送信ボタンを押す。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（問い合わせ・連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　〒001-0010　札幌市北区北10条西4丁目１　SCビル2F

　　　　　　　　　　　　　　　　　北海道ケアマネジメントサポートリンク

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：奥田龍人

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：011-594-8608　（FAX・メールは上記の通り）

　令和５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＞

月　　日実施分　　※（　　）内は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．あなたのケアプランで、地域のインフォーマルサービスで活用しているサービスがあればお教えください。また、このようなインフォーマルサービスがあれば活用したいと思うサービスをお教えください。

|  |
| --- |
| （活用しているインフォーマルサービス）（あればよいなと思うインフォーマルサービス） |

５．その他、ケアプラン点検に関するご要望、また日ごろの居宅介護支援を担う中で感じている保険者へのご要望などありましたら、ご自由にご記載ください。

|  |
| --- |
|  |