令和7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＞

市町村名　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日実施分

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．北海道ケアマネジメントサポートリンクでは、「ケアマネジャーの気づきを促し、元気に事例に向き合うことができるケアプラン点検」を目指しています。あなたにとって、今回のケアプラン点検は、その目的をどの程度達成できたかをお聞かせください。

 達成できた　　 　 　ほぼ達成できた　　　　どちらともいえない　　　ほぼ達成できなかった　　　達成できなかった

5 　　 　　 4 　　　　 3 　　　　　 2 　　　　　 1

５．また、どのような発言、言動、助言が「気づきの促し」「元気に事例に向き合う」という結果につながったか、もしくはつながらなかったかをお聞かせください。

|  |
| --- |
|  |

**振り返りシートの提出方法**

1. フォームでの回答
	1. フォームへアクセス（<https://x.gd/tAXVG>）し回答を送信する
	2. 右記QRコードよりフォームへアクセスし回答を送信する
2. メールでの回答
	1. シートの様式は、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クセスすると入手できます（ワードです）。<http://www.care-support-link.jp/>
	2. 次のアドレスにメール添付で送る。　info@care-support-link.jp
3. 郵送での回答
	1. シートの様式は、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クセスすると入手できます（ワードです）。<http://www.care-support-link.jp/>
	2. 郵送で以下の住所へ送る

　　　〒001-0010　札幌市北区北10条西4丁目１　ＳＣビル2階

　　　　　　　　　北海道ケアマネジメントサポートリンク

※この場合申し訳ありませんが、郵送料はご負担願います。