

ケアプラン点検振り返りアンケート

記入日：令和 年 月 日

点 検 日 時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分
事 業 所 名	
事 例 提 供 者	

1 ケアプラン点検に参加して感じたことについてお伺いします。項目ごとに回答してください。

- (1) 内容 5 : 良い 4 : やや良い 3 : ふつう 2 : やや悪い 1 : 悪い
(2) 進行・時間配分 5 : 良い 4 : やや良い 3 : ふつう 2 : やや悪い 1 : 悪い

【上記(1)・(2)について、それはどのような点ですか。】

2 ケアプラン点検を受けて、ケアプラン作成時に変わったことはありますか。項目ごとに回答してください。(限られた時間のため、すべての項目を点検できない場合もあります。)

5 : 変わった 4 : どちらかと言えば変わった 3 : どちらとも言えない 2 : どちらかと言えば変わらなかった 1 : 変わらなかった

(1) 自立支援の考え方	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(2) アセスメントの視点	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(3) リ・アセスメント支援シートの作成方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(4) アセスメントの結果からニーズを導き出す方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(5) ニーズに基づく長期目標・短期目標の設定方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(6) 目標を達成するためのサービス種別・内容・頻度・期間の設定方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(7) 介護保険以外のインフォーマルサービスの利用	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(8) 利用者及び家族に対してのアプローチ方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1
(9) サービス事業者に対してのアプローチ方法	5	・	4	・	3	・	2	・	1

【上記(1)～(9)について、具体的にどのような点が変わりましたか。】

3 ケアプラン点検に提出した事例は、どのような点に注意して更なる見直しを行いましたか。

--

4 ケアプラン点検後、地域包括支援センターや主任介護支援専門員との関係性は変わりましたか。

--

※このアンケートは、点検後1か月以内に市に提出してください。