

ケアプラン点検 振り返りシート（支援者）

※ケアプラン点検終了後、1か月以内に市に提出してください。

ケアプラン点検実施日： 令和 年 月 日

事業所名

氏 名 (グループ)

1 支援者として気づきを促した点、気づきを促したかった点

(1) 基本情報シート

(2) リ・アセスメント支援シート

(3) 居宅サービス計画（第1表～第3表）

2 気づきを促すことができた理由、促すことができなかった理由
(面談時の受け答え、事後提出書類から)

3 点検全体を通して

(1) 良かった点

(2) 改善点

(3) その他気づいた点

4 点検で把握した“地域の”ケアマネジメントの課題・その課題を解決するための方策