＊提出先：山口県介護支援専門員協会　事務局

＊ＦＡＸ：０８３－９７６－４４６９

＊メール：kaisenkyo@y-cma.jp

＊提出期日：**令和３年２月８日（月）**

令和３年度　ケアプラン点検実施（山口市・下関市）に係るアンケート

○令和３年度点検実施内容（予定）

　・点検件数：山口市：５０件（２５事業所２件ずつ） 下関市：５０件（２５事業所２件ずつ）

　・対象者：サービス付き高齢者住宅又は有料老人ホームに居住している利用者（検討中）

・点検時期　前期：１０月～１2月　　後期：１２月～２月

アドバイザー氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　事業所：

記載された個人情報は本事業にのみ使用させていただきます。

下記項目について当てはまるものに〇を付けてください。また、その他に意見、ご要望があれば自由記載へ記入をお願いします。

◇現時点（令和3年１月末）の状況でご回答をお願いします。

問１．上記点検時期に、面談（対面）による点検実施の可否について

　　　①点検可　　　　　②点検不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

問２．点検が可能な場合、点検先、件数の希望について（※問１の①に回答された方。）

　　　①山口市　　　　　②下関市　　　　　③どちらもでもよい　　　（希望件数：　　　件）

・面談を行う上での不安、ご意見、その他ご希望等、自由に記載してください。

問３．点検事業、アドバイザー養成研修会等に関してご意見、ご要望があれば、自由に記載してください。

ご協力ありがとうございました。

今後のケアプラン点検事業に活用させていただきます。

（一社）山口県介護支援専門員協会　公益事業部