＊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4年6月3日（金）**

令和４年度　ケアプラン点検実施（山口市・下関市）に係る意向調査票

○令和４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） 下関市：１６件（８事業所２件　※R3未実施分）

　・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：9月～11月　　後期：12月～２月（予定）

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４年５月）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・オンライン）による点検実施の可否について　※複数選択可**

　　　①対面で可

②対面で不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

　　　③オンラインで可

④オンラインで不可（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

※オンラインでの点検では裏面の別紙１環境設定および注意事項を厳守していだだきます。

**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、③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