

令和6年度 地域ケア個別会議（介護予防型） 事例検討表

通し番号	R6-	ケース 氏名		受け持ち 開始月	年 月～
一言 テーマ				事例提供者 氏名	
<p>【自立支援に向けての、事例提出理由(事例提供者/利用者が一番困っていること)】</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 20px auto;"> <p>色つき(ピンク)の部分を入力して下さい</p> </div>					
<p>【本人の望む暮らしを実現するために、多職種から助言頂きたい内容】</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>					
<p>【事例の課題】</p> <p>※3/4以上を課題とする</p>		④地域の課題	/4	⑧認知面	/4
①ADL/IADL	/4	⑤口腔・栄養面	/4	⑨権利擁護 (金銭の問題含む)	/4
②自宅環境	/4	⑥健康管理・薬管理(受診拒否含む)	/4	⑩権利擁護 (金銭の問題含む)	/4
③社会参加・いきがい	/4	⑦精神面	/4	⑪その他	/4
<p>【あったらいいな～】</p>					
<p>【事例提供者からの感想】</p>			<p>【介護サービス事業者からの感想】</p>		

【提出書類一覧】

	項目		項目
1	<input type="checkbox"/> 検討事例表	5	<input type="checkbox"/> 社会的フレイル・活動に関する質問
2	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報またはフェイスシート <input type="checkbox"/> アセスメントシート	6	<input type="checkbox"/> ADL・IADL 評価シート
3	<input type="checkbox"/> お薬手帳等の薬情報の写し	7	<input type="checkbox"/> 要介護1)第1表～第3表 <input type="checkbox"/> 要支援1・2)介護予防サービス支援計画書
4	<input type="checkbox"/> 栄養/転倒のアセスメントシート	8	介護サービス事業者からの提出資料 ① <input type="checkbox"/> 計画書及び報告書(モニタリング) ② <input type="checkbox"/> 運動器機能向上計画書及び報告書 ③ <input type="checkbox"/> 口腔機能改善管理指導計画書及び報告書 ④ <input type="checkbox"/> 栄養機能改善管理指導計画書及び報告書