

地域ケア個別会議（介護予防型） 事例提供に係る説明会



令和8年3月3日

地域包括支援センター 主任ケアマネジャー職能会

筑紫野市 高齢者支援課 高齢者福祉担当

1 個別課題解決機能

個別のケースについて、多機関・多職種 of 専門職が多角的視点から検討を行い、高齢者の自立支援に資する助言を行います。その結果、課題解決のためのアセスメント力や実践力の向上、及び高齢者相談支援センター職員や介護支援専門員が、より充実した高齢者の自立支援に資するケアマネジメントにつながることを期待されます。

2 ネットワーク構築機能

個別ケースの課題解決のために必要な関係機関・団体が、相互に連携することによって課題解決機能が高まります。自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識により、ネットワークがさらに強固で実践的なものとなります。

3 地域課題発見機能

個別ケースの検討を重ねていく中で、同様の課題を抱えたケースを発見し、課題の内容や地域の現状等を総合的に判断して、地域全体で解決すべき課題を明らかにします。

4 地域づくり・資源開発機能

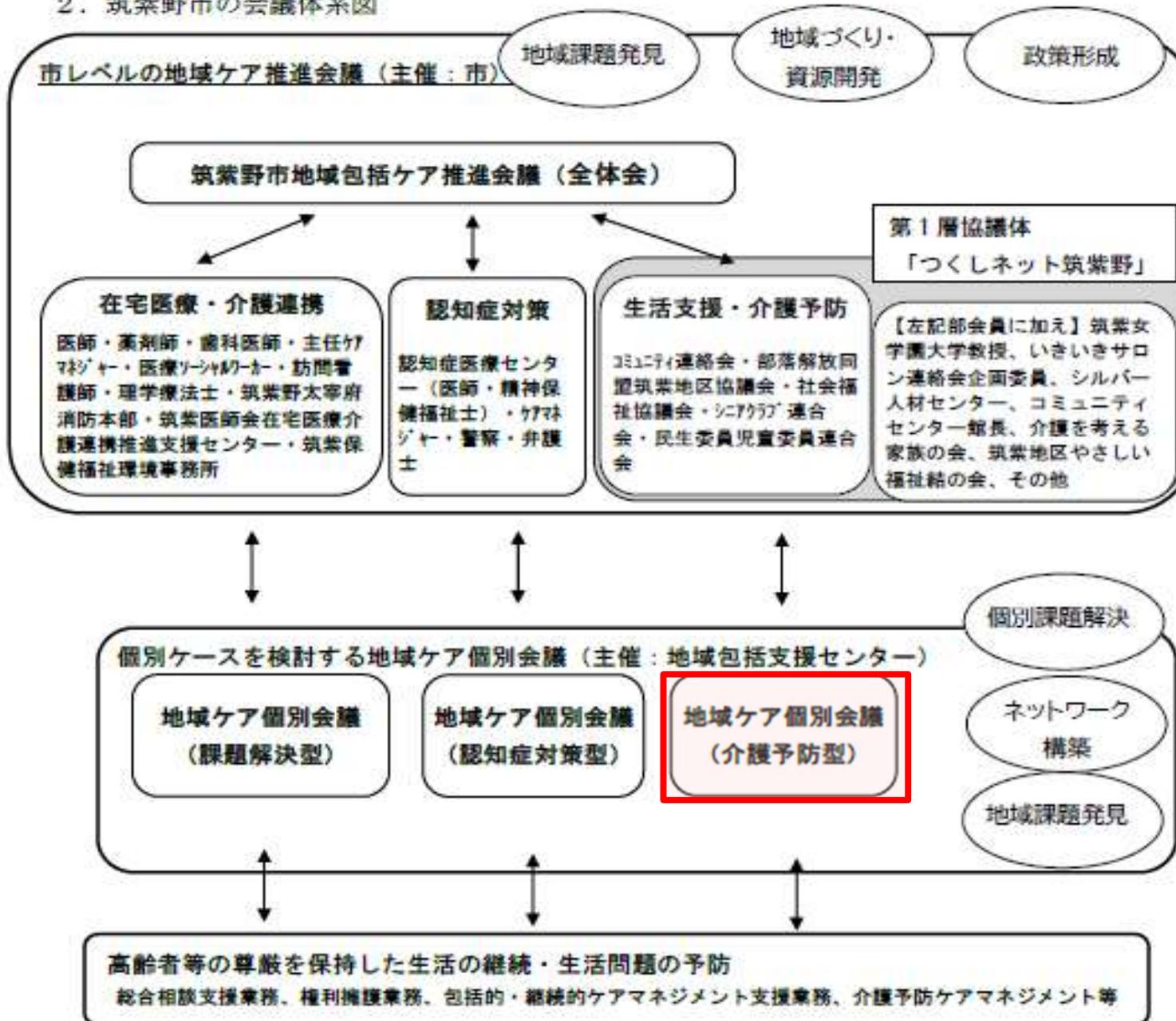
明らかになった地域課題に対して求められるサービスや地域のネットワーク機能など、必要となる地域資源を開発していく機能です。関係機関・団体などが持つ機能や得意分野を生かした支援、地域特性に応じた資源開発につながります。

5 政策形成機能

地域課題の解決に向けて利用可能な地域資源等を検討し、地域課題解決のための政策提言を行ったり、ニーズに見合ったサービスの基盤整備を行います。

筑紫野市地域ケア会議について

2. 筑紫野市の会議体系図



令和8年度の主な変更点について

1. 助言者に歯科衛生士を追加します
 2. 事例検討時の「あったらいいな」を復活します
 3. 重要課題(12分類)の見直し
 - ・「口腔・栄養面」をR8から「口腔」と「栄養」に区別
 - ・「その他」を削除し、「疾病・医療」を追加します
 4. 提出書類を一部変更します
 - ・市独自様式の改訂
 - ・提出書類の期限を4週間前に統一
 5. 市独自様式に限り**メール提出も可能**とします
 - ・再提出に伴う負担を軽減するため、メールでの提出も可能とします。
 - ただし、氏名や住所等の個人情報を含む書類(市独自様式以外のもの)については、これまで同様、紙面での提出をお願いします。
- 【送信先】筑紫野市高齢者支援 kourei@city.chikushino.fukuoka.jp
必ず件名に「地域ケア個別会議」とわかるよう記載ください。

(参考) 提出様式一覧

		名称(★マークは市独自様式)	提出時期	市HP ダウンロード	提出方法
事例提供時	1	事例検討表 ★	4週間前	○	紙面またはメール
	2	利用者基本情報			紙面
	3	栄養・転倒のアセスメントシート★		○	紙面またはメール
	4	社会的フレイル・活動に関する質問★		○	紙面またはメール
	5	ADL・IADL評価シート★		○	紙面またはメール
	6	要介護1)第1表～第3表 要支援1・2)介護予防サービス支援計画書			紙面
	7	お薬手帳等の薬事情報の写し			紙面
	8	介護サービス事業所からの提出資料 ① 計画書及び報告書(モニタリング) ② 運動器機能向上計画書及び報告書 ③ 口腔機能改善管理指導計画書及び報告書 ④ 栄養機能改善管理指導計画書及び報告書			紙面
振り返り 会議時	1	ADL・IADL評価シート★	4週間前	○	紙面またはメール
	2	事例の振り返り会議シート★		○	紙面またはメール
	3	要介護1)第1表～第3表 要支援1・2)介護予防サービス支援計画書			紙面

事例提供に至るまでの一連の流れ

6

開催日	曜日	時間	運営担当 包括	事例書類の 提出期限
令和8年5月12日	火	13:15~15:30	ちくしの荘A	4月13日(月)
令和8年6月9日	火	13:15~15:30	ちくしの荘B	5月11日(月)
令和8年7月14日	火	13:15~15:30	ちくしの荘A	6月15日(月)
令和8年8月4日	火	13:15~15:30	ちくしの荘B	7月6日(月)
令和8年9月8日	火	13:15~15:30	ちくしの荘A	8月10日(月)
令和8年10月13日	火	13:15~15:30	ちくしの荘B	9月14日(月)
令和8年11月10日	火	13:15~15:30	ちくしの荘A	10月12日(月)
令和8年11月24日	火	13:15~15:30	ちくしの荘B	10月26日(月)
令和8年7月1日	水	13:15~15:30	天拝の園	6月2日(火)
令和8年8月5日	水	13:15~15:30	天拝の園	7月7日(火)
令和8年9月10日	木	13:15~15:30	天拝の園	8月11日(火)
令和8年10月7日	水	13:15~15:30	天拝の園	9月8日(火)
令和8年6月11日	木	13:15~15:30	むさし	5月11日(月)
令和8年7月22日	水	13:15~15:30	むさし	6月23日(火)
令和8年9月18日	金	13:15~15:30	むさし	8月17日(月)
令和8年10月22日	木	13:15~15:30	むさし	9月21日(月)

※事例提供日の会議出席が難しくなった場合は、事業所内で交代し、運営包括に連絡をお願いします。

※事例書類の提出期限が休日の場合、前日までに提出をお願い致します。

※見学締め切りは会議の1週間前までにご連絡をお願い致します。

事例の選定①

下記に該当するケースの事例提供をお願いします。

- 筑紫野市が保険者であり、かつ筑紫野市民である(住宅型有料老人ホーム入居者を含む)。
- 要支援～要介護1・事業対象者であり、かつ継続支援が見込めるケースである(死亡者は対象外)。
- 介護サービス利用者であれば、検討事例となります(介護保険法第1条、第2条、第4条)。

※事例提供者が決まりましたら、事例検討表の太枠内を記載ください。

※事例提供者に悩まれる場合は、運営包括の主任ケアマネジャーまでご相談ください。

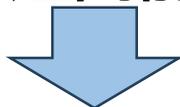
「R8- 」 地域ケア個別会議(介護予防型) 事例検討表

行政区	ケース (イニシャル)	受け持ち 開始月	年 月～
一言 テーマ	事例提供者 氏名		
【利用者が、望む暮らしにむけて、改善したいこと】			
【事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容】			

ケース選定に迷う場合は…

- ケアプラン更新前(区分変更を考えている事例)の利用者
理由:助言をもとに、支援の方針の参考にして欲しいため。
- 福祉用具貸与を受けている利用者
理由:改善が見込めるケースを蓄積することで、自立に向けての支援を考えていくため。
- 訪問介護利用者
理由:本人ができることを伸ばし、地域の社会資源につなげていきたいため。

6週間前: 包括主任ケアマネ→事例提供者へ事前連絡



4週間前: ①事例提供者→運営包括へ提出書類一式提出

②運営包括: 提供事例の確認

※内容確認後、地域ケア個別会議(課題解決型)を案内する場合があります。その場合、提供事例の変更をお願いします。

③事例提供者→介護サービス事業所へ出席依頼

※介護サービス事業所宛の文章、お願い事項をまとめたものを作成していますので、配布をお願いします。

主任ケアマネ→事例提供者に連絡(事前打ち合わせ日程等)



3週間前: 事例提供者⇔運営包括主任ケアマネにて事前打ち合わせ

(提出書類等の確認)

提出書類一覧と各種様式

事例提供時

【提出書類一覧】 ★マークは独自様式

項目	留意点
1 <input type="checkbox"/> ★事例検討表	
2 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報	直近のものを提出
3 <input type="checkbox"/> お薬手帳等の薬事情報の写し	直近のものを提出
4 <input type="checkbox"/> ★栄養・転倒のアセスメントシート	
5 <input type="checkbox"/> ★社会的フレイル・活動に関する質問	
6 <input type="checkbox"/> ★ADL・IADL 評価シート	
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	直近のものを提出
8 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所からの提出資料 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	直近のものを提出

独自様式は、市ホームページよりダウンロードできます。

介護サービス事業所から提出してもらったものを、提出してください。

事例検討表(市独自資料)

事例検討書類一式、回収します 印刷 NO. 〇〇

「R8- 」 地域ケア個別会議(介護予防型) 事例検討表

行政区	行政区入票	ケース (イニシャル)	受け持ち 開始月	年 月～
一言 テーマ	事例提供者 氏名			
【利用者が、望む暮らしにむけて、改善したいこと】				
【事例提供者が、利用者の望む暮らしにむけて、改善したいこと・助言頂きたい内容】				

太枠内を記載してください。

※あったらいいな/今回の事例に関して、筑紫野市にあると便利な社会資源についてご意見をお聞かせ下さい

あったらいいな	理由
例:移動販売	・住んでいる地域で歩いていける距離にお店がない ・運転免許を返納しており、気軽に買い物に行けない ・バス停まで遠い、バスがそもそも来ない

【事例の課題】 ※4/6 以上を重要課題とする

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	
身体面(運動面)	自不環境	社会参加 生きがいで	地域の課題 (高齢者支援)	口腔面	栄養面	本人・家族による	健康管理・薬管理	疾病・医療	精神面(うつ等)	認知面	家族の課題	会員の課題
/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6	/6

包括記入欄

栄養・転倒のアセスメントシート(市独自資料)

栄養・転倒のアセスメントシート		作成月	年	月	通し番号	R	-						
○個別相談や医師への相談の必要性													
1	この3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をされましたか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
2	下痢や便秘が続いていますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
○食事内容													
1	1日に何回食事をしますか。			回	<input type="checkbox"/>	不明							
2	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯くらい飲みますか(200mlのコップ)			杯	<input type="checkbox"/>	不明							
3	健康の為に意識して食べる食品、補助食品、サプリメントなどがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	内容	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
4	1日の朝食のメニュー例を教えてください (※わかる範囲で量も記入してください)	朝	昼	夕									
○食事の準備状況													
1	食べ物を買いに行くのに不自由を感じますか		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
2	食事の支度をするのに不自由を感じますか		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
3	よく使う料理器具を教えてください	<input type="checkbox"/>	電子レンジ	<input type="checkbox"/>	炊飯器	<input type="checkbox"/>	ポット	<input type="checkbox"/>	ガスコンロ	<input type="checkbox"/>	IHヒーター	<input type="checkbox"/>	その他
○食事の状況													
1	食事をすることは楽しいですか		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
2	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
3	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっていますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
4	食事時間はどのくらいですか。	<input type="checkbox"/>	15分	<input type="checkbox"/>	30分	<input type="checkbox"/>	40分以上						
○特別な配慮の必要性													
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹がでる)がでますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
2	医師に食事療法をするように言われていますか。	<input type="checkbox"/>	はい	内容	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
○口腔・嚥下													
1	軟らかくしたり刻まないといけない食品がありますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
2	飲み込みにくいと感じる事がありますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
3	水分などむせて飲みにくいことがありますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
4	歯みがき(義歯の手入れ)を毎日していますか。はいの方は回数を記入してください。	<input type="checkbox"/>	はい	回	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
5	定期的に歯科受診していますか。はいの方は頻度を記入してください。	<input type="checkbox"/>	はい		<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明					
6	自分の歯か義歯をいれて	<input type="checkbox"/>	両方の奥歯で噛める	<input type="checkbox"/>	片方の奥歯で噛める	<input type="checkbox"/>	奥歯で噛めない						
7	義歯の状態	上	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	部分義歯	<input type="checkbox"/>	総義歯					
		下	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	部分義歯	<input type="checkbox"/>	総義歯					
		備考											
○その他													
1	定期的に体重測定ができますか？またBMIを教えてください。	<input type="checkbox"/>	はい	身長	cm	体重	kg	BMI ###	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	不明	
転倒のアセスメントシート(1年以内に転倒歴のある方のみ)													
○転倒した状況について教えてください ※間取り等は任意様式可(別紙や欄外に手書き可)													
1	いつ、どこで、何をしているときに転倒しましたか？							<input type="checkbox"/>	不明				

社会的フレイル・活動に関する質問 (市独自資料)

社会的フレイル・活動に関する質問		通し番号	R	0	-	0	
※該当するものに○をつけてください。		作成月	0	年	0	月	
項目	回答						
お一人暮らしですか。	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居だが、日中支援なし		<input type="checkbox"/> 同居、日中も支援あり <input type="checkbox"/> 施設入所中				
現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。	<input type="checkbox"/> 苦しい <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 何とかやれている		<input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> ゆとりがある				
近所の方との程度付き合いをしていますか。	<input type="checkbox"/> お互いに訪問しあう人がいる <input type="checkbox"/> 立ち話をする程度の人がある		<input type="checkbox"/> あいさつをする程度の人がある <input type="checkbox"/> つきあいはない				
外出頻度を教えてください。	<input type="checkbox"/> 月に1回 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 週に1回		<input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日				
項目	区分	活動内容	していた	している	してみたい		
過去にしていた、現在もしている、現在はしていないが興味がある・してみたい、活動を教えてください。 ※該当するものに○をつけて下さい。	社会参加	町内会の行事・サロン・シニアクラブ					
		サークル・自主グループ					
		ボランティア活動					
	運動	散歩					
		体操・運動(グラウンドゴルフ・水泳など)					
	家庭	庭・畑の手入れ					
		料理					
	趣味・教養	世話(孫・ペット)					
		編み物・縫い物・お茶・お花					
		書道・絵を描く・絵手紙					
		パソコン・YouTube・ゲーム・脳トレ					
		読書・俳句					
		将棋・囲碁					
		映画・観劇・演奏会					
		音楽を聴く・楽器演奏・歌を歌う・カラオケ					
		スポーツ観戦					
		その他 ()					
その他	好きな時間(入浴、孫と遊ぶ、TVなど)						
	好きなもの(食べ物・スポーツ・歌手など)						

ADL・IADL評価シート(市独自資料)

ADL・IADL評価シート

[ADL・IADL評価基準]

自立	どこでも出来る	○1	専ら付の援助が必要	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

印刷NO.	通し番号
調査項目(サービスにて満たしている項目に○を、 その中でも一層重要と思われる項目に◎を、 該当・不該当(本人がやっていない項目)は斜線を、 予後のケアプランの終了期限までの見立てを 継続後・事例の振り返り会議時に記入	

項目	項目	作成日: 年 月				作成日: 年 月	
		調査項目	現状	予後	利用者の現状	継続後	継続後の利用者の状況
ADL	① 移動	室内歩行動作					
		屋外歩行動作					
		椅子上がり					
		立ち上がり					
	② 歩行						
	③ 食事	食事動作					
		調理動作					
	④ 入浴						
⑤ 更衣	上衣						
	下衣						
⑥ 髪削	手洗い						
	顔洗						
	洗顔						
	髪削						
	化粧						
IADL	① 電算/PCでの利用						
	② 日用品の買い物						
	③ 食事の準備(調理)						
	④ 掃除						
	⑤ 洗濯						
	⑥ 物品の整理・管理						
	⑦ ゴミ出し						
	⑧ 設備管理						
	⑨ 会費管理						
	⑩ 電話の利用						
	⑪ 郵便の取扱						
	⑫ 通院する						

記入例を作成しています。
 作成時の参考にしてください。
 ※記入例も市ホームページより
 ダウンロードできます。

※この欄は対象者に沿って半出する事、半出出来ないようになりたい事をお知らせ下さい。 ※詳しくは記入例をご参照ください。

事例検討時(記入例)

ADL・IADL評価シート

印刷NO.	通し番号
-------	------

【ADL・IADL判定基準】

自立	どこでも出来る ○1	限られた環境で出来る ○2
一部自立	改善可能 △1	改善可能 △2
全介助	改善可能 ×1	改善可能 ×2

重点項目: サービスにて補っている項目に●を、
 その中でも一番重要と思う項目に◎を
 現状・予後: 本人がやっていない項目には斜線を
 予後: ケアプランの終了期間までの見立てを
 検討後: 事例の振り返り会議時に記入

①「重点項目」欄にサービスにて補っている項目に●を、その中でも一番重要と思う項目に◎をつけて下さい。

③「予後」欄に、支援していく中での、1年後の予後予測を記載してください。

④「利用者の現状」欄に、具体的な利用者の現状を記載してください。
 例) 介助の状況、家屋情報、疾病の影響など

②「現状」欄に、ADL・IADL判定基準にそって、現在の状態を記載してください。

		作業		年	月	月
		重点項目	現状	予後	利用者の現状	利用者の現状
①	歩行動作	●	○2	体調の良いときに限る		
		◎	○2	体調の良いときに限る		
				起床時に起き上がり困難であるため電動ベッド利用		
				その時の身体状況次第で膝が崩れる場合あり		
②	排泄		○1	○1	自分ができる	
③	食事		○1	○1	自分ができる	
			○1	○1	自分ができる	

会議後の流れ(振り返り会議)

17

- 事例検討の会議後、1ヶ月以内に振り返りシートとADL・IADL評価シートをメールにて送付致します。※お手元に届いていない場合、運営包括までお問い合わせください。

振り返り会議は、基本次年度になります。
次年度の会議日程が決まり次第、ご連絡差し上げます。

振り返り会議時

【提出書類一覧】 ★マークは独自様式

項目	留意点
1 <input type="checkbox"/> ★ADL・IADL 評価シート	事例検討時に使用した様式に、追記をお願いします
2 <input type="checkbox"/> ★事例の振り返り会議シート	事例検討会議後(1ヶ月以内)に、市からデータを送付します
3 <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	直近のものを提出

会議後の流れ(振り返り会議)

ADL・IADL評価シート			
[ADL・IADL評価基準]	自立	どこでも出来る	○1
	一部自立	改善可能程度	△1
	半介助	改善可能程度	×1
		改善可能程度	○2
		改善可能程度	△2
		改善可能程度	×2

事例検討時に使用した様式を振り返り会議でも使用します。

		作成日	年	月	
		検討後	検討後の利用者の状況		
ADL	① 起床				
	② 食事	食事動作			
		食事設定			
	③ 入浴				
	④ 着衣	上衣			
		下衣			
	⑤ 移動	歩行			
		傾斜			
		立降			
		転倒			
IADL	① 電話・FAXで外出				
	② 日用品の買い物				
	③ 食事の準備(調理)				
	④ 掃除				
	⑤ 洗濯				
	⑥ 物品の整理・管理				
	⑦ ごみ出し				
	⑧ 郵便管理				
	⑨ 金銭管理				
	⑩ 電話の使用				
	⑪ 乗車の運転				
	⑫ 通院する				
	⑬				
	⑭				
	⑮				

「検討後」の枠を記入してください。
 記入例を作成しています。作成時の参考にしてください。
 ※記入例も市ホームページよりダウンロードできます。

※この箇所は対象者において半出来る事、今後出来るようになりたい事を評価して下さい。 ※詳しくは記入例をご参照ください。

会議後の流れ(振り返り会議)

振り返り会議時(記入例)

ADL・IADL評価シート

【ADL・IADL判定基準】

自立	どこでも出来る	○1	限られた環境で出来る	○2
一部自立	改善可能性高い	△1	改善可能性低い	△2
全介助	改善可能性高い	×1	改善可能性低い	×2

印刷NO.

通し番号

重点項目:サービスにて補っている項目に●を、
 その中でも一番重要と思う項目に◎を
 現状・予後:本人がやっていない項目には斜線を
 予後:ケアプランの終了期間までの見立てを
 検討後:事例の振り返り会議時に記入

項目			作成月: 年 月				作成月: 年 月	
			重点項目	現状	予後	利用者の現状	検討後	検討後の利用者の状況
①	移動	屋内歩行動作	●	○2	○2	体調の良いときに限る	○1	屋内は動けるようになった
		屋外歩行動作	●	○2	○2	体調の良いときに限る	○2	
		起き上がり	●	△2	△2	起床時に起き上がり困難であるため電動ベッド利用	△1	欄につかまればできるように
		立ち上がり	◎	△2	△2	その時の身体状況次第で膝が痛れる場合あり		欄につかまればスムーズに立ち上が
②	排泄		○1	○1	自分ができる			
③	食事	食事動作		○1	○1	自分ができる		
		環境設定		○1	○1	自分ができる	○1	

①「検討後」欄にADL・IADL判定基準に
 そって、現在の状態を記載して下さい。
 ②「検討後の利用者の状況」欄に検討後に
 変化があった内容を記載して下さい。

会議後の流れ(振り返り会議)

事例の振り返り会議シート		事例検討書類一式、回収します	印刷NO.	作成月	年	月
通し番号		事例検討日		受け持ち開始月	年	月～
一言テーマ			事例提出者			
《一部達成/未達成の理由》 ①身体的問題、②精神的問題、③受け入れ拒否、④家族の問題、⑤環境の問題、⑥金銭の問題、⑦その他						
主な助言内容			会議後の取り組み			
#1. 【重要課題：			※助言をもとに取り組んだことを教えてください。			
1			助言内容を本人・家族に <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない 助言内容の達成度 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成 一部達成/未達成の理由(上記欄より番号選択):			
#2. 【重要課題：			※助言をもとに取り組んだことを教えてください。			
			助言内容の達成度 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成 一部達成/未達成の理由(上記欄より番号選択):			
⇒一部達成/未達成()に対して、振り返り会議時の助言			⇒事例提供者が会議後に継続して意識していること			
⇒一部達成/未達成()に対して、振り返り会議時の助言			⇒実際に取り組んでみて生じた新たな課題			
⇒備考						

一部達成や未達成であれば、理由と思われる番号(上記欄より選択)と内容をご記載下さい。

アドバイスいただきたい内容、会議後に継続して意識していることをご記載下さい。