**介護予防のための地域ケア個別会議モニタリング表（6ヵ月後）**

様式　１５

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **地域ケア個別会議**  **実施日** | | **令和　　年　　月　　日** | **事例提供事業所名**  **担当者名** |  |
| **自立支援型地域ケア会議　助言内容** | | | | |
|  | | | | |
| **自立支援型地域ケア会議（事前･本会議･振り返りを含む）を受けて気づいたこと、新たな視点や学び** | | | | |
|  | | | | |
| **提出事例について実践したこと・利用者の変化** | | | | |
| **優先順位１** | **＜実践したこと＞** | | | |
| **＜利用者の変化（効果）＞** | | | |
| **優先順位２** | **＜実践したこと＞** | | | |
| **＜利用者の変化（効果）＞** | | | |
| **現時点では実践が難しい助言** | | | | |
|  | | | | |
| **＜理由＞** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **個別ケア会議へ参加したことで変化が有ましたか？　（当てはまるものに○をつけてください）** | |
| **アセスメントの視点について** | **変化有り　・　変化無し**  **具体的に記入ください**  **・** |
| **目標の設定について** | **変化有り　・　変化無し**  **具体的に記入ください**  **・** |
| **多職種との連携について** | **変化有り　・　変化無し**  **具体的に記入ください**  **・** |
| **介護保険以外の社会資源の情報収集・活用について** | **変化有り　・　変化無し**  **具体的に記入ください**  **・** |