自立支援型新庄市地域ケア会議候補者一覧表

変更点

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ | **対象者氏名** | **検討種別** | **居宅介護支援事業所名**  **プラン作成者名** | **サービス提供事業所名**  **担当者名** | **※選定理由を下記①～④より選択してください。**  **①新規、または支援間もないケース（事業対象者、要支援1・2、要介護1）。**  **②現行の支援では、心身機能の改善が望めない。**  **③本人の取り組み、家族の関わりが自立支援に繋がっていない。**  **④提供している支援の内容が、本人の自立支援に繋がっていない。** |
| 記入例 | 新庄太朗 | 要支援２ | 居宅介護支援事業所  担当：〇〇〇〇 | デイサービス〇〇  担当　〇〇 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |

（**居宅介護支援事業所**　⇒　**地域包括支援センター**）

※サービス提供事業所からの出席する方を取りまとめて下さい。