自立支援型新庄市地域ケア会議候補者一覧表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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①～⑥より選択してください。**  **①事業対象者、要支援1･2、要介護1の状態から数ヶ月～1年間経過しても改善が見られない。**  **②このままでは心身の機能低下・悪化が予測される。**  **③阻害要因（疾病、障がい、性格、価値観、生活歴、家族関係、生活困窮、自宅内環境、近隣関係、人間関係など）が明確でない。**  **④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。**  **⑤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。**  **⑥更新間近のケース（会議開催月に更新、または更新１～３ヶ月前のケース）。** |
| 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。