|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① | | | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | **確認欄** |  |
| **利用者名：　　　　　　　　さん** | | **生年月日：** | | | **住所：** | |
| 事業所名・介護支援専門員名 | | | | | | | | |
| **認定日** | **認定の有効期間** | |  | | | **要介護認定区分** |  | |
| 個々の目標(ゴール) | | | | | | | | |
| 審査会の意見  当面の目標・目標(ゴール) | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **目標を達成させる**  **ための具体的な**  **プロセス課題** | 本人 | 家族・介護者 | 地域 | 事業所 | 具体的に  (いつ、だれが、どのようにして) | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **他の介護サービス**  **の必要と具体的**  **課題** |  | | | |  | | | |
| **モニタリング** |  | | | | 確認欄 | |  | |