|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 1 | 相談に来た経緯 |
| 2 | 本人の身体機能（認知症高齢者日常生活自立度、自立してできること・必要な介助の内容） |
| 3 | 認知の程度・思考能力（現在の（現市外住所地での）担当ケアマネジャーからの情報提供は確実に受けているか（サマリー等）、認知症の確認のための主治医意見書等は入手しているか） |
| 4 | 現在の本人の状況（居住状況、世帯構成、サービスの利用状況） |
| 5 | 周囲の状況（家族の就労状況、家族介護の内容） |
| 6 | 本人・家族の意向、同意、理解（費用面も含む） |
| 7 | 事業所側の受け入れ態勢（人員配置（職員数）、利用者数） |
| 8 | 既存待機者がいないこと、いる場合はその方よりも緊急性が高いこと  市内利用者に不利益がないこと |
| 9 | （3ヶ月規定の例外適用の場合）  現在の居住している市区町村の地域密着型サービス事業所ではなく、申請する事業所でなければならない理由（なぜ現住所地のグループホーム等では受け入れられないのか） |
| 10 | ケアの方向性  ※小規模多機能及び複合型サービスの場合は、  「週△回の通所、週◇回の訪問（訪問時に実施するサービスの内容）」  を明記すること。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |