|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |