

【様式1別紙】

他市地域密着型サービス利用に係るチェックシート **記入方法**

(記入要領)

- ・ 確認事項を実施したら、□にレ点でチェックの上、それぞれの状況を出来るだけ詳細に記入し、実施した日付をご記入ください。
- ・ 全ての事項について確認が必要です。
- ・ 書ききれない場合は、行を増やしたり、別紙に記入いただいてもかまいません。

説明や検討した日付を記入

確認事項	状況（できるだけ詳細に）	実施日
交野市外の地域密着型サービスが利用できないこと（制度）の説明実施	<input checked="" type="checkbox"/> 実施した 誰に対し、どのように説明を行い、その結果、制度について理解が出来たかどうかを記入。	平成 年 月 日
対象者の介護サービスの利用状況及び心身の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 利用あり <input type="checkbox"/> 利用なし ※どちらかにチェック (介護サービスの利用状況) 介護サービス等を利用している場合は、そのサービス（頻度も含めて）記入。 (心身の状況) 現在の心身の状況を記入。（特に特異性のある事業所の場合は、その取り組みが本人にとって必要な状況とつながるように）	—
他の事業所や他の介護サービス及び交野市の地域密着型サービス事業所の検討	<input checked="" type="checkbox"/> 全て検討済み (他事業所の数) 市内 ヶ所 市外 ヶ所 検討した事業所の数を記入。（少なくとも市内については、同種のサービスについて、全ての事業所を検討すること） (検討した他のサービスの種類) 検討を行った、他の介護サービスの種類を記入。 (検討した地域密着型サービス事業所の数) ヶ所 検討した事業所の数を記入。（同種のサービスについて、全ての事業所を検討すること） (検討の経過とその結果) 誰と、どのように検討し、そこで得られた結果を記入。	平成 年 月 日
利用を希望している他市の地域密着型サービスに特異性はあるか	<input checked="" type="checkbox"/> 特異性あり <input type="checkbox"/> 特異性なし ※どちらかにチェック 利用を希望している事業所に、他の事業所では実施していない独自の取り組みがあれば記入。 (それがわかるパンフレット等があれば添付してください)	—
検討結果を踏まえ、他市の地域密着型サービスでないとサービスの利用ができない理由	<input checked="" type="checkbox"/> 理由あり 上記各項目の状況を踏まえ、他市の地域密着型サービスでないとサービスの利用ができない理由をまとめて記入。	—
その他の理由	<input type="checkbox"/> 理由あり <input checked="" type="checkbox"/> 理由なし ※どちらかにチェック 上記以外に理由があれば記入	—