**様式６**

**事業所の運営方針**

|  |
| --- |
| １　利用者ニーズへの対応等、事業所の運営方針について記載してください。特に医療的なニーズが必要な利用者への対応方法等について、具体的に記載してください。　２　認知症ケアへの取り組み方針について考え方を記載してください。　また、認知症専門ケア加算の取得予定の有無と重度認知症の利用者の受け入れ予定について記載してください。* 認知症専門ケア加算を取得予定である。　□　重度認知症利用者の受け入れ予定がある
* 認知症専門ケア加算の取得予定はない　　□　重度認知症利用者の受け入れ予定はない
 |

|  |
| --- |
| ３　協力医療機関等について記載してください |
|  | 名称 | 所在地 | 連携診療科名等 |
| 医療機関 |  |  |  |
| 歯科医療機関 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 介護老人福祉施設等 |  |  | ＊注 |

＊注　施設の種類を記載してください

【添付書類】

・協力医療機関等との連携に係る覚書等