

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合の確認表（中川村）

※要介護の訪問介護（生活援助）が対象

被保険者氏名				性別		被保険者番号	0	0	7	0					
生年月日	年	月	日	要介護状態区分等			認定年月日			年	月	日			
認定の有効期間	年					月	日	～	年		月	日	サービス区分	新規・継続	

基本的な考え方

訪問介護における生活援助中心型サービスについては、利用者の自立支援・重度化予防や地域資源の有効活用の観点から、通常の利用からかけ離れた回数の訪問介護を位置付ける場合は、保険者に届け出、保険者は地域ケア会議等において検証し必要に応じサービス内容の是非を行います。

下記の基準となる回数以上の訪問介護（生活援助中心型）、サービスを居宅サービス計画に位置付けた場合は、この確認表と添付資料（アセスメント票・在宅サービス計画書 1表～3表・サービス担当者会議録）を、中川村役場保健福祉課高齢福祉係に提出してください。

◎厚生労働大臣が定める基準回数

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

◎サービス提供開始 年 月～（下記に週に利用する予定の回数を記入してください）

調理	掃除	洗濯	買い物	衣類整理	見守り	その他
週 回	週 回	週 回	週 回	週 回	週 回	週 回

1ヶ月の生活援助回数 _____ 回

※なお、上記の訪問介護（生活支援中心型）サービスの利用については基準回数以上の利用が必要であると判断したので確認をお願いします。

令和 年 月 日 事業所名 _____ 介護支援専門員名 _____

上記の内容について確認しました。

令和 年 月 日

中川村長 宮下 健彦 ⑩