

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

| | |
|--------|----------------|
| 1 事業所名 | |
| 2 異動区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |
| 3 届出項目 | 1 移行支援加算 |

| | | | | |
|------------|-------------------------------------|---|---------|-----|
| ① 終了者数の状況 | ① 評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数(注1) | 人 | → 3%超 | 有・無 |
| | ② ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注2) | 人 | | |
| | ③ ①に占める②の割合 | % | | |
| ② 事業所の利用状況 | ① 評価対象期間の利用者延月数 | 月 | → 27%以上 | 有・無 |
| | ② 評価対象期間の新規利用者数 | 人 | | |
| | ③ 評価対象期間の新規終了者数(注3) | 人 | | |
| | ④ $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$ | % | | |

注1: 「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注2: 入院、入所、死亡を含む。

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。