

訪問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 評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数            | 人 | → 5%超   | 有・無 |
|            | ② ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)          | 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 | → 25%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2)                 | 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、指定通所リハビリテーション、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。