

平成26年度下関市介護保険サービス事業者集団指導資料 正誤表(追加分)

時間帯 区分	資料名	頁	項目 番号	位置	誤	正
(11)	個別編11-1 (介護老人保健施設、短期入所療養介護(老健)、介護予防短期入所療養介護(老健))	8		介護老人保健施設(在宅強化型)の基本施設サービス費チェック表 【在宅復帰要件】	注1： <u>入所期間が1月間を超えていた退所者に限り、死亡退所者を除く。</u> 注2：在宅における生活が要介護1～3の者は1月以上、要介護4・5の者は14日以上継続する見込みであることが確認された <u>者</u> に限る。	注1：死亡退所者を除く。 注2： <u>入所期間が1月を超えていた者であつて、在宅における生活が要介護1～3の者は1月以上、要介護4・5の者は14日以上継続する見込みであることが確認されたもの</u> に限る。