

訪問看護 重要事項説明書 (医)

いずみ訪問看護ステーション本木は、令和 年 月 日 付けでお申し込みされました、
様 に対し、令和 年 月 日 より訪問看護を実施いたします。
訪問看護は、主治医の指示書やご利用者の状況に応じ、看護計画を立てて進めます。

1. 訪問看護のサービス内容

	曜日	時間帯	内 容(概要)
1	曜日	: ~ :	
2	曜日	: ~ :	
3	曜日	: ~ :	
4	曜日	: ~ :	
5	曜日	: ~ :	
6	曜日	: ~ :	

* 訪問曜日または訪問時間は、事業所の都合により変更をご相談させて頂く場合がございます。ご了承下さい。

2. 利用料の計算 * 計算方法について別紙参照

基本療養費 + 管理療養費 + 24時間対応体制加算 + 特別管理加算
(6,800円) (2,500円 / 5,000円)

※ 24時間連絡対応体制加算

24時間連絡対応体制加算の契約をされた場合、当事業所の営業時間外(夜間、早朝、休日)であっても利用者様又はそのご家族様等からの連絡相談に対し、看護師が常時対応(必要時は緊急訪問可能)いたします。緊急訪問時は別途下記訪問料金が発生します。
なお、営業時間外の緊急訪問の際には自宅に到着するまでに1時間程度を要しますので急変の場合は看護師の判断により救急搬送の手配をさせていただく事があります。

上記の内容を了解の上、24時間対応体制加算を契約します。

3. 利用料支払いの方法

事業者は、翌月10日以降に当月料金の合計額の請求書に明細を付して、利用者にお届け致します。
利用料の支払いは原則として口座振替となります。口座振替が困難な利用者は銀行振込、現金集金のいずれかを契約時に選択します。口座振替の場合は27日振替(金融機関休業日の場合は翌営業日)となります。

事業者は、利用者から料金の振替、支払を受けた時は、利用者に対し領収書を発行します。
(3ヶ月以上利用料を滞納された場合、契約を終了とさせていただく場合がございます。)

4. 緊急時の連絡先

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前に打ち合わせた御家族、主治医、居宅介護支援事業者、救急隊などに連絡いたします。

5. 利用料

① 健康保険対象者の場合（各種保険の負担割合）

基本利用料	基本療養費Ⅰ（週3日まで）	5,550円	1回の訪問看護は概ね30分から90分 ※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護基本療養費は5,550円		
	基本療養費Ⅰ（週4日目以降）	6,550円			
	管理療養費（1日目）	7,670円			
	管理療養費Ⅰ（2日目以降）	3,000円			
	基本療養費Ⅲ	8,500円		入院患者の外泊中の訪問看護	
特別管理加算		5,000円	対象者は※1 ①参照		
		2,500円	対象者は※1 ②③④⑤⑥参照		
24時間対応体制加算（イ）		6,800円	同意を得た場合に算定		
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650円	緊急の求めに応じて予定外の訪問を行った場合		
	月15日目以降	2,000円	緊急の求めに応じて予定外の訪問を行った場合		
訪問看護情報提供療養費	1	1,500円	市町村からの求めに応じて情報を提供した場合		
	2	1,500円	義務教育諸学校からの求めに応じて情報を提供した場合		
	3	1,500円	保健医療機関等に入院する利用者について情報を提供した場合		
複数名訪問看護加算	イ 看護師2名	(1)	4,500円	同一建物内1人又は2人 / 週1日を限度	
		(2)	4,000円	同一建物内3人以上 / 週1日を限度	
	ロ 看護師と准看護師	(1)	3,800円	同一建物内1人又は2人 / 週1日を限度	
		(2)	3,400円	同一建物内3人以上 / 週1日を限度	
	ハ 看護師と看護補助者	(1)	3,000円	同一建物内1人又は2人 / 別に厚生労働大臣が定める場合を除く / 週3日限度	
		(2)	2,700円	同一建物内3人以上 / 別に厚生労働大臣が定める場合を除く / 週3日限度	
	ニ 1)看護師と看護補助者 1日1回	①	3,000円	同一建物内1人又は2人 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る	
		②	2,700円	同一建物内3人以上 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る	
		2) 1日2回	①	6,000円	同一建物内1人又は2人 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る
			②	5,400円	同一建物内3人以上 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る
3) 1日3回以上		①	10,000円	同一建物内1人又は2人 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る	
		②	9,000円	同一建物内3人以上 / 別に厚生労働大臣が定める場合に限る	
長時間訪問看護加算		5,200円	算定要件は※2参照		
夜間・早朝訪問看護加算		2,100円	夜間(18時から22時)、早朝(6時から8時)		
深夜訪問看護加算		4,200円	深夜(22時から6時)		
退院時共同指導加算		8,000円	退院、退所にあたって医師及び看護師等が共同して在宅療養生活の指導を行い、文書で指導内容を提供した場合に算定。		
特別管理指導加算		2,000円	退院時共同指導加算の対象で特別管理加算算定の状態にある場合		
退院支援指導加算		6,000円	退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合		
		8,400円	長時間訪問看護加算の対象で退院日に在宅で療養上必要な長時間の指導を行った場合		
在宅患者連携指導加算		3,000円	訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合。		
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		2,000円	利用者の状態の急変や診療方針の変更等に伴い、保険医療機関の保険医の求めにより実施されるカンファレンスに、訪問看護ステーションの看護師等が参加して、共同で利用者や家族に対して指導を行った場合。		
ターミナルケア療養費	I	25,000円	算定要件は※3参照		
	II	10,000円			
難病等複数回訪問加算	イ)1日に2回	(1)	4,500円	同一建物内1人又は2人	
		(2)	4,000円	同一建物内3人以上	
	ロ)1日に3回以上	(1)	8,000円	同一建物内1人又は2人	
		(2)	7,200円	同一建物内3人以上	
看護・介護職員連携強化加算(月1回)		2,500円	喀痰吸引等の業務を行う介護職員の支援を行った場合		
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）		780円	月1回算定※4		

※1 特別管理加算の対象者

- ① 在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態にある者
- ② 在宅自己腹膜かん流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続腸圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている者
- ③ ドレーンチューブを使用している者
- ④ 人工肛門、人工膀胱を設置している者
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ⑥ 真皮を超える褥瘡の状態にある者

※2 長時間訪問看護加算の算定要件

※1の対象者で長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、1人の利用者に対して週1回算定

※3 ターミナルケア療養費の算定要件

在宅または特別養護老人ホーム等で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む)に対して、ターミナルケアを実施していること。

死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上、訪問していること。

Iは特別養護老人ホーム等で看取り介護加算を算定していない利用者に対してターミナルケアを実施した場合。

IIは特別養護老人ホーム等で看取り介護加算を算定している利用者に対してターミナルケアを実施した場合。

※4 訪問看護ベースアップ評価料(I)の算定要件

訪問看護ステーションが主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合。

② その他の費用(保険外)

延長料金	90分を超える訪問の場合30分毎に	2,000円	保険内訪問サービスに適応
全額自費サービス	30分以内	4,000円	※営業時間外・土日祝は25%増 ※1時間以上の長時間は応相談
	30～60分	8,000円	
	◇受診の同行・付き添い、冠婚葬祭・墓参りの付き添い、買い物の代行など		
訪問交通費 (消費税は別途)	訪問エリア 内	無料	※休日、夜間の緊急訪問で タクシーを利用した場合は、 その実費
	訪問エリア 外 概ね3km未満	1回400円	
	〃 概ね3km以上	1kmごと100円追加	
	公共交通機関利用の場合	実費	
駐車料金	原則、車ででの訪問になるため駐車場の確保ができない場合は近くのコインパーキングを利用させていただきます。	実費	実施地域は無料
キャンセル料	サービス利用日の前日まで	無料	※利用者の病状等の急変 などやむを得ない事情がある 場合はその限りではありません。
	サービス利用日の当日	1,000円	
ご遺体のケア料 (消費税は別途)	訪問看護と連続して行われた在宅での死後の処置	20,000円	

家族 氏名 _____ 続 柄: _____
 連絡先 _____
 主治医 医療機関名 _____ 主治医: _____
 電話番号 _____
 居宅介護支援事業所名 _____ 担当者: _____
 電話番号 _____