

訪問看護 重要事項説明書

訪問看護の提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者の概要

事業者名称	スギナーシングケア株式会社
所在地	東京都千代田区鍛冶町二丁目6番1号
電話 fax番号	電話 03-3254-1335 fax 03-3254-1339
代表者名	代表取締役 白鳥 淳

2. 事業所の概要

事業所名称	スギ訪問看護ステーション昭和町
所在地	大阪府大阪市阿倍野区阪南町2-4-1 スギ薬局昭和町店2階
電話 fax番号	電話 06-4703-3801 fax 06-4703-3802
管理者氏名	濱田 友美
事業所番号	2762390181
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護

3. 事業の目的と運営方針

1) 事業の目的: 居宅において、主治の医師が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供することを目的とします。

2) 運営方針

- ① 訪問看護ステーション(以下、「事業所」という)の看護師その他の従業者は、利用者の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持回復又は向上を目指して支援します。
- ② 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係区市町村、地域の保健・医療福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- ③ 事業所は、必要なときに必要な訪問看護の提供が行えるよう、事業体制の整備に努めます。

4. 事業所の職員体制

管理者(看護師): 1名(常勤)

看護師: 常勤換算2.5名以上(常勤1名以上)

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士: 必要に応じて配置

5. 営業時間

営業日: 月曜日から土曜日 *ただし、日曜日・年末年始(12月29日～1月3日)は休業

営業時間: 9:00～18:00

6. サービス内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により事業所の看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。

- ① 病状・障害の観察
- ② 床ずれ等の管理
- ③ カテーテル等の管理
- ④ ターミナルケア
- ⑤ 清拭・洗髪・入浴介助
- ⑥ 食事・排泄介助
- ⑦ 介護者の介護指導
- ⑧ その他、主治医の指示に基づくもの

7. サービス提供時の留意事項

担当者は身分を証する書類を携行し、初回の訪問時又は利用者もしくはその家族から求められたときは、これを提示します

8. 営業地域

大阪市(阿倍野区・天王寺区・東住吉区・生野区・平野区・住吉区・西成区・東成区・浪速区)

9. 利用料

基本利用料として健康保険法または高齢者の医療の確保に関する法律及び介護保険法に規定する厚生労働大臣が定める額の支払いを利用者から受けるものとします。

利用者は別途、「訪問看護利用料の説明・同意」に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料及び、サービスを提供する上で別途必要になった費用を支払います。 *訪問看護利用料金表参照

10. 利用料支払い方法

- 1) 自己負担金は、ご指定の金融機関の口座から月1回、27日に引き落としいたします。ただし、当月引き落としが出来ない場合は翌月に2か月分引き落としさせていただきます。
- 2) 利用者負担金の滞納が3ヶ月分以上ある場合(または4ヶ月以前の滞納がある場合)には、サービスの停止または終了とさせていただきます場合があります。

11. 看護学生及び研修生受け入れ

「事業所」は、学生の実習及び研修の協力機関となっております。ご理解とご協力をお願いいたします。
利用者訪問する際には別途、「同意書」にて確認をいたします。

12. 虐待防止に関する事項

- 1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。
 - ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
 - ② 虐待防止のための指針を整備すること。
 - ③ 虐待防止のための従業者に対する定期的な研修の実施
 - ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
 - ⑤ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - ⑥ その他虐待防止のために必要な措置
- 2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします

13. 身体的拘束等の原則禁止

- 1) 事業所はサービス提供にあたっては、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行ってはならないものとします。
- 2) 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の心身の状況ならびにやむを得ない理由など必要な事項を記載することとします。

14. 業務継続に向けた取組の強化

- 1) 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- 3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

15. 衛生管理等

- 1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- 2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- 3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- 4) 訪問看護師等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- 5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

16. 苦情申し立て窓口

- 1) スギ訪問看護ステーション昭和町 担当者は濱田 友美
- 2) 大阪市阿倍野区保健福祉センター 介護保険担当 06-6622-9859
大阪市東住吉区保健福祉課 介護保険・高齢グループ 06-4399-9859
大阪市住吉区保健福祉センター 06-6694-9973
大阪市西成区保健福祉センター 06-6659-9882
その他の区は、別紙参照
- 3) 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課 06-6949-5418

17. 緊急時および事故発生時の対応方法

サービス提供にあたり事故が発生した場合や体調の急変等が生じた場合は、主治医に連絡し指示を受け対応いたします。ただし、主治医に連絡がとれない場合には救急搬送等の必要な処置を講じます。又緊急連絡先にご連絡いたします。

また、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【主治医】

病院名

所在地

氏名

電話番号

【緊急連絡先】

氏名 (続柄:)

住所

電話番号

なお、事業者は下記損害保険に加入しています。

保険会社	訪問看護事業共済会
保険名	訪問看護事業者賠償責任保険
補償の概要	利用者などの第三者の生命や身体を害したり、または財物を損壊した場合に被保険者が法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害に対する保険

18. 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証等の提示をお願いすることがあります。

令和 年 月 日

訪問看護の提供を開始するに当たり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。この説明同意を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、各1通ずつ保有するものとします。

【説明者】

事業所名 スギ訪問看護ステーション昭和町

説明者 濱田 友美 (印)

私は、本書面により、事業者から訪問看護の利用に際し、重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住所

氏名 (印)

電話番号

【利用者代理人】

住所

氏名 (印)

電話番号

(別紙)

重要事項説明書

16.苦情申し立て窓口

2) 各区役所の介護保険の窓口

介護保険に関する相談やお問合せの一覧です

区役所名	住所	電話番号
阿倍野区	大阪市阿倍野区文の里1丁目1番40号	06-6622-9859
天王寺区	大阪市天王寺区真法院町20番33号	06-6774-9859
東住吉区	大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号	06-4399-9859
生野区	大阪市生野区勝山南3丁目1番19号	06-6715-9859
平野区	大阪市平野区背戸口3丁目8番19号	06-4302-9859
住吉区	大阪市住吉区南住吉3丁目15番55号	06-6694-9859
西成区	大阪市西成区岸里1丁目5番20号	06-6659-9859
東成区	大阪市東成区大今里西2丁目8番4号	06-6977-9859
中央区	大阪市中央区久太郎町1丁目2番27号	06-6267-9859

介護保険訪問看護費 料金説明及び同意書

令和6年6月 改定対応版

地域単価

11.12円/単位

			負担割合					
☒ 確認		介護報酬上の単位数	100%	30%	20%	10%	0%	
訪問看護費	☒	保健師・看護師による訪問看護	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	
		20分未満/1回(24時間対応体制を届け出ている場合に限る)	314単位	3,491	1,048	699	350	0
	☐	30分未満/1回	471単位	5,237	1,572	1,048	524	0
		30分以上1時間未満/1回	823単位	9,151	2,746	1,831	916	0
		1時間以上90分未満/1回	1,128単位	12,543	3,763	2,509	1,255	0
	☐	理学療法士・作業療法士等の場合	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		（1人の利用者につき週6回を限度とする）						
		20分以上(20分×1回)の場合	294単位	3,269	981	654	327	0
		40分以上(20分を1日2回実施する場合)	588単位	6,538	1,962	1,308	654	0
		60分以上(20分を1日に2回を超えて3回以上訪問看護を行う場合 所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する)	795単位	8,840	2,652	1,768	884	0
介護予防訪問看護費	☒	保健師・看護師による訪問看護	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	
		20分未満/1回(24時間対応体制を届け出ている場合に限る)	303単位	3,369	1,011	674	337	0
	☐	30分未満/1回	451単位	5,015	1,505	1,003	502	0
		30分以上1時間未満/1回	794単位	8,829	2,649	1,766	883	0
		1時間以上90分未満/1回	1,090単位	12,120	3,636	2,424	1,212	0
	☐	理学療法士・作業療法士等の場合	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		（1人の利用者につき週6回を限度とする）						
		20分以上(20分×1回)の場合	284単位	3,158	948	632	316	0
		40分以上(20分を1日2回実施する場合)	568単位	6,316	1,895	1,264	632	0
		60分以上(20分を1日に2回を超えて3回以上訪問看護を行う場合 所定単位数に50/100を乗じた単位数で算定する)	426単位	4,737	1,422	948	474	0
加算	☐	早朝・夜間・深夜の加算	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		1月の2回目以降の緊急訪問が早朝・夜間・深夜であった場合は 早朝、夜間、深夜加算	早朝(6時～8時) 25/100 を加算 夜間(18時～22時) 25/100 を加算 深夜(22時～翌6時) 50/100 を加算					
	☐	緊急時訪問看護加算Ⅰ	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		利用者及び家族より電話等により看護に関する意見を求められ た場合、常時対応できる体制にある訪問看護ステーションが利 用者の同意を得て計画訪問以外の緊急の訪問看護を実施	600単位/月 （支給限度額の対象外とな ります。）	6,672	2,002	1,335	668	0
	☐	特別管理加算（Ⅰ）	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管 理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテ ルを使用している状態	500単位/月 （支給限度額の対象外とな ります。）	5,560	1,668	1,112	556	0
	☐	特別管理加算（Ⅱ）	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		在宅還流指導管理、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、在宅持続陽圧呼吸療法指導 管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧患者指導管理 を受けている状態、および人工肛門又は人工膀胱」を設置して いる状態・真皮を超える褥創の状態・点滴注射を週3回以上行う必要が あると認められる状態	250単位/月 （支給限度額の対象外とな ります。）	2,780	834	556	278	0
	☐	ターミナルケア加算	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		死亡日及び死亡日前の14日以内に2回以上のターミナルケアを 行った場合（ターミナルケアを行った後24時間以内に在宅以外で死 亡した場合を含む）	2,500単位	27,800	8,340	5,560	2,780	0
算	☐	複数名訪問看護加算（Ⅰ）	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		1人で訪問看護を行うことが困難な場合、保健師、看護師、准看護 師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が2人以上で看護を 行った場合	30分未満: 254単位 30分以上: 402単位	2,824 4,470	848 1,341	565 894	283 447	0 0
	☐	複数名訪問看護加算（Ⅱ）	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		1人で訪問看護を行うことが困難な場合、保健師、看護師、准看護 師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と看護補助者が同時に 看護を行った場合	30分未満: 201単位 30分以上: 317単位	2,235 3,525	671 1,058	447 705	224 353	0 0
	☐	長時間訪問看護加算	介護報酬上の単位数	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）
		特別管理加算を算定する方に1時間30分以上の訪問看護を行った 場合	1回につき 300単位	3,336	1,001	668	334	0

			介護報酬上の単位数	負担割合					
				100%	30%	20%	10%	0%	
加算	退 院 時 共 同 指 導 加 算			費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	費用の額（円）	
	☐	病院・診療所若しくは介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者が退院及び退所するに当たり指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師は除く）が、病院又は診療所又は保健施設の主治医その他の職員と共同し在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を提供した場合退院又は退所に付き1回算定	600単位	6,672	2,002	1,335	668	0	
					0	0	0		
					0	0	0		
	☐	初 回 加 算 （ I ）							
		新規に訪問看護計画を作成し、病院、診療所等から退院した日に看護師が初回の訪問看護を行った場合（初回加算Ⅱを算定している場合は算定しない）	350単位	3,892	1,168	779	390	0	
	☐	初 回 加 算 （ II ）							
		新規に訪問看護計画を作成し、指定訪問看護を行った日に属する月に算定（退院時共同指導加算、あるいは初回加算Ⅰを算定した場合は算定しない）	300単位	3,336	1,001	668	334	0	
	☐	介 護 ・ 看 護 職 員 連 携 加 算							
		他の訪問介護事業所と連携し、痰の吸引等が必要な利用者の計画の作成や訪問介護員に対する助言などの支援を行った場合	250単位/月	2,780	834	556	278	0	
	☐	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）							
		「厚生労働大臣が定める基準に適合している」として都道府県知事に届出を行っている指定訪問看護を行った場合	1回の訪問につき 6単位	66	20	14	7	0	
	☐	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）							
		「厚生労働大臣が定める基準に適合している」として都道府県知事に届出を行っている指定訪問看護を行った場合	1回の訪問につき 3単位	33	10	7	4	0	
	算	☐	看 護 体 制 強 化 加 算 （ I ）						
			「中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制である」として都道府県知事に届出を行っている指定訪問看護を行った場合	550単位/月	6,116	1,835	1,224	612	0
☐		看 護 体 制 強 化 加 算 （ II ）							
		「中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制である」として都道府県知事に届出を行っている指定訪問看護を行った場合	200単位/月	2,224	668	445	223	0	
☐		看 護 体 制 強 化 加 算 （ 介 護 予 防 ）							
		「中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制である」として都道府県知事に届出を行っている指定訪問看護を行った場合	100単位/月	1,112	334	223	112	0	
☐		口 腔 連 携 強 化 加 算							
		事業所の従業者が口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合（月に1回限り）	50単位/月	556	167	112	56	0	
☐	専 門 管 理 加 算								
	専門性の高い看護師が訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合（月に1回限り）	250単位/月	2,780	834	556	278	0		
減算	集合住宅におけるサービス提供時の減算								
	☐	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する場合（②に該当する場合は除く） ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する場合（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）	①・③ 10% ② 15%						

		負担割合	100%
保険適用外サービス	訪問看護（自費）	費用の額（円）	税込
	☐ 訪問看護（自費） 30分ごとに	5,500	6,050
	キャンセル料	費用の額（円）	税込
	☐ 訪問予定日の前営業日18：00までに連絡がなかった場合	1,000	1,100
	エンゼルケア	費用の額（円）	税込
	☐ 死後の処置	10,000	11,000
	交通費	費用の額（円）	税込
	☐ 通常の事業の実施地域内	0	0
	通常の事業の実施地域外	500	550

上記の利用料金について、説明しました。

年 月 日

事業所名： スギ訪問看護ステーション昭和町

説明者：

印

上記の利用料金について、説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者氏名：

印

代理人氏名：

印

医療保険（訪問看護療養費） 料金説明及び同意書

令和6年6月 改定対応版

☒ 確認		報酬額	負担割合					
			30%	20%	10%	0%		
訪問看護療養費加算	☐	訪問看護基本療養費（Ⅰ）						
		保健師・助産師・看護師：週3日まで	5,550円	1,665	1,110	555	0	
		保険師・助産師・看護師：週4日目以降	6,550円	1,965	1,310	655	0	
		悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 ※（Ⅱ）も同様	12,850円	3,855	2,570	1,285	0	
		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	5,550円	1,665	1,110	555	0	
	☐	訪問看護基本療養費（Ⅱ）						
		保健師・助産師・看護師：週3日まで/ 同一日に2人	5,550円	1,665	1,110	555	0	
		保険師・助産師・看護師：週4日目以降/同一日に2人	6,550円	1,965	1,310	655	0	
		保健師・助産師・看護師：週3日まで/ 同一日に3人以上	2,780円	834	556	278	0	
		保険師・助産師・看護師：週4日目以降/同一日3人以上	3,280円	984	656	328	0	
		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士： 同一日に2人	5,550円	1,665	1,110	555	0	
		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士： 同一日に3人以上	2,780円	834	556	278	0	
	☐	訪問看護基本療養費（Ⅲ）						
		在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者に対して、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づき、入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等は2回）に限り算定できる。	8,500円	2,550	1,700	850	0	
	☐	訪問看護管理療養費 ※ 1						
		機能強化型訪問看護管理療養費1	13,230円：月の初日	3,969	2,646	1,323	0	
		機能強化型訪問看護管理療養費2	10,030円：月の初日	3,009	2,006	1,003	0	
		機能強化型訪問看護管理療養費3	8,700円：月の初日	2,610	1,740	870	0	
		強化型以外の訪問看護管理療養費	7,670円：月の初日	2,301	1,534	767	0	
		訪問看護管理療養費1 2日目以降	3,000円：2日目以降	900	600	300	0	
		訪問看護管理療養費2 2日目以降	2,500円：2日目以降	750	500	250	0	
		訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ	780円：月1回	234	156	78	0	
		訪問看護ベースアップ評価料Ⅱイ	10円：月1回	3	2	1	0	
		訪問看護情報提供療養費1～3	1,500円：月1回	450	300	150	0	
		訪問看護ターミナルケア療養費1	25,000円	7,500	5,000	2,500	0	
		訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円	3,000	2,000	1,000	0	
		☐	緊急訪問看護加算イ	月14日目まで2,650円（1日/1回）	795	530	265	0
			緊急訪問看護加算ロ	月15日目以降2,000円（1日/1回）	600	400	200	0
			特別地域訪問看護加算	50/100				
	長時間訪問看護加算		5,200円（週1回）	1,560	1,040	520	0	
	乳幼児加算		1,300円（1日につき）	390	260	130	0	
	乳幼児加算（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合）		1,800円（1日につき）	540	360	180	0	
	複数名訪問看護加算 ※ 2							
	☐	看護職員が同時に看護師等の複数名者と訪問看護を行う場合で同一建物1～2人	週1回に限り 4,500円	1,350	900	450	0	
		看護職員が同時に看護師等の複数名者と訪問看護を行う場合で同一建物3人以上	週1回に限り 4,000円	1,200	800	400	0	
		看護職員が同時にその他職員の複数名者と訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く）						
		同一建物1～2人	週3回まで 3,000円	900	600	300	0	
		同一建物3人以上	週3回まで 2,700円	810	540	270	0	
		看護職員が同時にその他職員の複数名者と訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る）						
		1日に1回の場合で同一建物内1～2人	3,000円	900	600	300	0	
		1日に1回の場合で同一建物内3人以上	2,700円	810	540	270	0	
		1日に2回の場合で同一建物内1～2人	6,000円	1,800	1,200	600	0	
		1日に2回の場合で同一建物内3人以上	5,400円	1,620	1,080	540	0	
		1日に3回以上の場合で同一建物1～2人	10,000円	3,000	2,000	1,000	0	
		1日に3回以上の場合で同一建物3人以上	9,000円	2,700	1,800	900	0	

			報酬額	負担割合			
				30%	20%	10%	0%
加算	☐	特 別 管 理 加 算 Ⅱ	2,500円:1回/月	750	500	250	0
	☐	特 別 管 理 加 算 Ⅰ	5,000円:1回/月	1,500	1,000	500	0
	☐	看 護 ・ 介 護 職 員 連 携 強 化 加 算	2,500円:月1回	750	500	250	0
		夜 間 ・ 早 朝 ・ 深 夜 加 算					
	☐	夜間・早朝訪問看護加算 夜間(午後6時～午後10時)・早朝(午前6時～午前8時)	2,100円/1回	630	420	210	0
		深夜加算深夜(午後10時～翌日午前6時)	4,200円/1回	1,260	840	420	0
	☐	24 時 間 対 応 体 制 加 算 (イ)	6,800円/月	2,040	1,360	680	0
	☐	退 院 時 共 同 指 導 加 算	8,000円	2,400	1,600	800	0
	☐	特 別 管 理 指 導 加 算	2,000円	600	400	200	0
	☐	退 院 支 援 指 導 加 算	6,000円	1,800	1,200	600	0
	☐	長 時 間 に よ る 退 院 支 援 指 導 加 算	8,400円	2,520	1,680	840	0
	☐	在 宅 患 者 連 携 指 導 加 算	3,000円/1回/月	900	600	300	0
	☐	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円/1回/月	600	400	200	0
		複 数 回 訪 問 看 護 加 算					
	☐	1日2回目の訪問	4,500円	1,350	900	450	0
		1日3回目以上訪問	8,000円	2,400	1,600	800	0
	☐	専 門 管 理 加 算	2,500円	750	500	250	0
	☐	遠 隔 死 亡 診 断 補 助 加 算	1,500円	450	300	150	0
	☐	訪 問 看 護 医 療 DX 情 報 活 用 加 算	50円/1回/月	15	10	5	0

※1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、主治医に対して利用者に係る訪問看護計画書、訪問看護報告書を提出し、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、訪問看護の実施に係わる継続的な管理を行った場合。

※2 以下の場合は回数制限は適用されない。①厚生労働大臣が定める疾病等 ②特別訪問看護指示のある状態 ③特別管理が必要な状態の場合 ④その他、複数で訪問することが必要と認められる場合

			負担割合	100%
保険適用外サービス	☐	訪問看護(自費)	費用の額(円)	税込
		訪問看護(自費) 30分ごとに	5,500	6,050
	☐	キャンセル料	費用の額(円)	税込
		訪問予定日の営業日前日18:00までに連絡がなかった場合	1,000	1,100
	☐	エンゼルケア	費用の額(円)	税込
		死後の処置	10,000	11,000
		交通費		
	☐	通常の事業の実施地域内	300	330
		通常の事業の実施地域外	500	550

上記の利用料金について、説明しました。

年 月 日

事業所名： スギ訪問看護ステーション昭和町

説明者： 印

上記の利用料金について、説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者氏名： 印

代理人氏名： 印

医療保険(精神訪問看護療養費) 料金説明及び同意書

令和6年6月 改定対応版

☒ 確認		報酬額	負担割合				
			30%	20%	10%	0%	
訪問看護療養費	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）						
	☐	保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週3日まで	4,250円	1,275	850	425	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週3日まで	5,550円	1,665	1,110	555	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週4日以降	5,100円	1,530	1,020	510	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週4日以降	6,550円	1,965	1,310	655	0
	精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）						
		同一建物居住者に対して訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づき、同一日に行った指定訪問看護について、利用者1人について週3日までを限度として算定します。ただし厚生労働大臣の定める疾病等の者、特別指示書期間にある時は週4日以上算定します。	週3回(3時間～5時間まで): 1,600円	480	320	160	0
			5時間以上8時間までの 1時間毎 400円加算	120	80	40	0
	☐	保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週3日まで/同一建物に2人まで	4,250円	1,275	850	425	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週3日まで/同一建物に2人まで	5,550円	1,665	1,110	555	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週4日以降/同一建物に2人まで	5,100円	1,530	1,020	510	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週4日以降/同一建物に2人まで	6,550円	1,965	1,310	655	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週3日まで/同一建物に3人以上	2,130円	639	426	213	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週3日まで/同一建物に3人以上	2,780円	834	556	278	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分未満・週4日以降/同一建物に3人以上	2,550円	765	510	255	0
		保健師・看護師・作業療法士：30分以上・週4日以降/同一建物に3人以上	3,280円	984	656	328	0
	精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）						
	☐	在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者に対して、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づき、入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等は2回)に限り算定できます。	8,500円	2,550	1,700	850	0
	訪問看護療養費						
	☐	機能強化型訪問看護管理療養費1	13,230円:月の初日	3,969	2,646	1,323	0
		機能強化型訪問看護管理療養費2	10,030円:月の初日	3,009	2,006	1,003	0
		機能強化型訪問看護管理療養費3	8,700円:月の初日	2,610	1,740	870	0
		強化型以外の訪問看護管理療養費	7,670円:月の初日	2,301	1,534	767	0
	☐	訪問看護管理療養費1 2日目以降	3,000円:2日目以降	900	600	300	0
	☐	訪問看護管理療養費2 2日目以降	2,500円:2日目以降	750	500	250	0
	☐	訪問看護情報提供療養費 1～3	1,500円:月1回	450	300	150	0
	☐	訪問看護ターミナルケア療養費 1	25,000円	7,500	5,000	2,500	0
		訪問看護ターミナルケア療養費 2	10,000円	3,000	2,000	1,000	0
	☐	24時間対応体制加算（イ）	6,800円/月	2,040	1,360	680	0
		精神科緊急訪問看護加算イ	月14日目まで2,650円(1日/1回)	795	530	265	0
		精神科緊急訪問看護加算ロ	月15日目以降2,000円(1日/1回)	600	400	200	0
	☐	精神科長時間訪問看護加算	5,200円(週1回)	1,560	1,040	520	0
加算	精神科複数名訪問看護加算						
		看護師・保健師＋(看護師・保健師または作業療法士)と同時に訪問看護を行う場合で					
		1日に1回の場合 同一建物内1～2人	週1回に限り 4,500円	1,350	900	450	0
		1日に1回の場合 同一建物内3人以上	週1回に限り 4,000円	1,200	800	400	0
		1日に2回の場合 同一建物内1～2人	週1回に限り 9,000円	2,700	1,800	900	0
		1日に2回の場合 同一建物内3人以上	週1回に限り 8,100円	2,430	1,620	810	0
		1日に3回以上の場合 同一建物に1～2人	週1回に限り 14,500円	4,350	2,900	1,450	0
	☐	1日に3回以上の場合 同一建物に3人以上	週1回に限り 13,000円	3,900	2,600	1,300	0
		看護師・保健師＋(看護師・保健師または作業療法士)と同時に訪問看護を行う場合で					
		1日に1回の場合 同一建物内1～2人	週1回に限り 3,800円	1,140	760	380	0
		1日に1回の場合 同一建物内3人以上	週1回に限り 3,400円	1,020	680	340	0
		1日に2回の場合 同一建物内1～2人	週1回に限り 7,600円	2,280	1,520	760	0
		1日に2回の場合 同一建物内3人以上	週1回に限り 6,800円	2,040	1,360	680	0
		1日に3回の場合 同一建物1～2人	週1回に限り 12,400円	3,720	2,480	1,240	0
		1日に3回の場合 同一建物3人以上	週1回に限り 11,200円	3,360	2,240	1,120	0
	☐	精神科複数名訪問看護加算					
		看護師・保健師＋(看護師・保健師または作業療法士)と同時に訪問看護を行う場合で					
		同一建物内1～2人	週1回に限り 3,000円	900	600	300	0
		同一建物内3人以上	週1回に限り 2,700円	810	540	270	0

			報酬額	負担割合				
				30%	20%	10%	0%	
加 算	☐	特 別 管 理 加 算 II	2,500円:1回/月	750	500	250	0	
	☐	特 別 管 理 加 算 I	5,000円:1回/月	1,500	1,000	500	0	
	☐	看 護 ・ 介 護 職 員 連 携 強 化 加 算	2,500円:月1回	750	500	250	0	
	☐	退 院 時 共 同 指 導 加 算	8,000円	2,400	1,600	800	0	
	☐	特 別 管 理 指 導 加 算	2,000円	600	400	200	0	
	☐	退 院 支 援 指 導 加 算	6,000円	1,800	1,200	600	0	
	☐	長 時 間 に よ る 退 院 支 援 指 導 加 算	6,000円	1,800	1,200	600	0	
	☐	在 宅 患 者 連 携 指 導 加 算	3,000円/1回/月	900	600	300	0	
	☐	在 宅 患 者 緊 急 時 等 カ ン フ ァ レ ン ス 加 算	2,000円/1回/月	600	400	200	0	
		夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算						
	☐	夜間・早朝訪問看護加算	2,100円	630	420	210	0	
		深夜訪問看護加算		4,200円	1,260	840	420	0
		精神科重症患者支援管理連携加算						
	☐	精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者	8,400円	2,520	1,680	840	0	
		精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者		5,800円	1,740	1,160	580	0
		精 神 科 複 数 回 訪 問 看 護 加 算						
☐	当該医療機関が精神科在宅患者支援管理料を算定して いる場合、1日に2回または3回以上訪問看護実施	4,500円:1日2回目の訪問 8,000円:1日3回目以上訪問	1,350 2,400	900 1,600	450 800	0 0		
☐	専 門 管 理 加 算	2,500円	750	500	250	0		
☐	遠 隔 死 亡 診 断 補 助 加 算	1,500円	450	300	150	0		
	負担割合			100%				
	☐	訪 問 看 護 (自 費)	費用の額 (円)	税込				
		訪問看護 (自費) 30分ごとに	5,500	6,050				
	☐	キ ャ ン セ ル 料	費用の額 (円)	税込				
		訪問予定日の営業日前日18:00までに連絡がなかった場合	1,000	1,100				
	☐	エ ン ゼ ル ケ ア	費用の額 (円)	税込				
		死後の処置	10,000	11,000				
		交 通 費	費用の額 (円)	税込				
	☐	通常の事業の実施地域内	300	330				
		通常の事業の実施地域外	500	550				

上記の利用料金について、説明しました。

____年 ____月 ____日

事業所名：スギ訪問看護ステーション昭和町

説明者：

㊞

上記の利用料金について、説明を受け、同意しました。

____年 ____月 ____日

利用者氏名：

㊞

代理人氏名：

㊞