

重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名	医療法人社団 永生会
所在地	東京都八王子市栲田町583-15
法人種別	医療法人社団
代表者名	理事長 安藤克子
電話番号	042-661-4108

2. ご利用事業所

事業所名称	医療法人社団永生会 訪問看護ステーションいるか
事業所指定番号	東京都指定 1367198997
所在地	東京都八王子市南大沢 1-18-11 シュガーハイツ南大沢 A103
各事業所につき介護保険法令に基づき東京都知事から指定を受けている居宅サービス種類	訪問看護・介護予防訪問看護
管理者・連絡先	川村 明美 ・ 042-659-2213
サービス提供地域	八王子市全域・多摩市・町田市の一部地域(実施地域一覧表参照)

3. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス	人員
管理者	管理・調整業務・訪問看護	1名(常勤1名)
サービス提供者	訪問看護	7名(常勤5名、非常勤2名)
	訪問リハビリ(PT・OT・ST)	PT 1名、OT 3名、ST 1名
事務員	事務業務	1名

4. 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日から土曜日	午前8時55分～午後4時55分

(注)年末年始(通常 12/30～1/3)・祝祭日は休業させていただきます。

※当事業所は利用者に対して24時間連絡体制にあって、緊急対応を契約した場合は、必要に応じて緊急訪問を行っております。

5. 事業の運営方針

- (1)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、心身の機能を支援し、心身の機能の維持回復を目指して支援します。
- (2)利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。

- (3)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ます。
- (4)事業者は、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。
- (5)人材育成、関係機関との円滑な連携のために学生実習・法人内外からの地域福祉関係職種の同行訪問の依頼に事業者として協力します。

6. 訪問看護サービス内容

- (1)「訪問看護」とは、利用者の居宅(自宅)において、看護師、その他省令で定める者が療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスです。
- (2)サービスの提供にあたっては、主治医の指示書及び介護支援専門員の作成した居宅サービス計画書に沿って「訪問看護計画書」を作成し、それに沿って看護サービスを提供します。
- (3)サービスの内容
 - ・病状、症状の観察、助言 ・清潔援助(入浴介助、清拭、陰部洗浄、洗髪、口腔ケアなど)
 - ・栄養管理、指導 ・排泄の支援 ・褥瘡の予防、処置 ・内服管理、指導 ・リハビリテーション
 - ・医療機器等の管理 ・精神的、心理的支援 ・介護者の相談 ・医師の指示による処置、管理
 - ・終末期の支援 ・在宅療養を継続するために必要な援助、相談

7. 事故発生時の対応

- (1)事業者は利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、速やかに当該市、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、当該事故の状況および処置についての記録その他必要な措置を講じます。
- (2)事業者は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、損害賠償を行います。

8. 社会情勢及び天災時の対応

- (1)社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、事業者の義務の履行が難しい場合は、日程、時間の調整をさせて頂く場合があります。
- (2)社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、事業者義務の履行が遅延、もしくは、不能になった場合、それによる損害賠償責任を事業者は負わないものとします。

9. 苦情相談について

(1)事業者は苦情を受けた場合は当該苦情の内容等を記録いたします。事業者は提供した訪問看護に関し法第23条の規定による当該市が行う文章その他の物件の提出、若しくは提示の求め、当該市の職員の行う質問若しくは照会に応じるとともに、利用者からの苦情に関して当該市が行う調査に協力し当該市から指導または助言を受けた場合は当該指導または助言に従って必要な改善を行います。

この場合において当該市からの求めがあった時は、当該改善の内容を報告いたします。

(2)サービス提供に関する苦情や相談は、次の窓口で対応いたします。

事業所 お客様相談窓口	電話番号	0 4 2 - 6 5 9 - 2 2 1 3
	FAX番号	0 4 2 - 6 7 0 - 2 2 2 5
	E-mail	i r u k a @ e i s e i . o r . j p
	相談員(管理者)	管 理 者 川 村 明 美
	対応時間	8 : 5 5 ~ 1 6 : 5 5

(3)公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

介護保険相談窓口	八王子市福祉部高齢者福祉課相談担当	電 話 : 0 4 2 - 6 2 0 - 7 4 2 0
	多摩市健康福祉部介護保険課	電 話 : 0 4 2 - 3 3 8 - 6 9 0 1
	町田市介護保険課給付係	電 話 : 0 4 2 - 7 2 4 - 4 3 6 6
東京都国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課(苦情相談)	所在地	千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11F
	電話番号	電 話 : 0 3 - 6 2 3 8 - 0 1 7 7
	対応時間	9:00~17:00(土・日・祝祭日を除く)

9. 第3者評価機関によるサービス評価について

実施しています。(年 月 日)
評価機関名() 評価結果の開示状況(有 無)

実施していません。

10. サービス利用料および利用者負担

(1)訪問看護利用料金は【別紙①②③】に記載のとおりです。

(2)毎月の利用者負担金は口座振替、または現金払いです。口座振替を希望される場合は振替確認後領収書を発行いたします。現金払いを希望される場合は毎月担当者が集金し領収書を発行いたします。

11. サービス利用の中止

(1)利用者がサービスの利用を中止する際には、できるだけサービスの前日までに下記へご連絡ください。

連絡先(訪問看護ステーションいるか) 電話 042-659-2213 FAX 042-670-2225

(2)利用者の都合でサービスを中止する場合でも、キャンセル料は発生しません。

12. サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため

- (1)看護師等は年金の管理、金銭の貸借など、利用料徴収以外での金銭の取り扱いは致しかねますのでご了承下さい。
- (2)看護師等は制度上、利用者の心身の機能維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うとされています。それ以外の業務は認められていませんので、ご了承下さい。
- (3)看護師等に対する贈り物や飲食等の接待等は、ご遠慮させていただいています。
- (4)訪問時、衛生上、手洗いをさせていただきますので、流しや洗面所をお借りすることがあります。
- (5)交通事情、前後の利用者の状況や緊急訪問が生じた場合は、訪問時間がずれることがあります。
(前後15分位はずれる事があります。それ以上になったら連絡いたします。)
- (6)悪天候及び災害時等の止むを得ない事情により、訪問を中止させていただくことがあります。
- (7)事業所の都合により、担当看護師等は変更になる場合があります。
- (8)犬、猫等のペットは訪問時ケージに入れるか、リードに繋いでおいて下さい。
- (9)看護師等に対して暴力(身体的・精神的)が発生した場合、サービスを中止させて頂く事があります。
- (10)駐車場確保に伴う調整等をお願いする事があります。

※ご不明な点は何でもお尋ねください。

訪問看護ステーション いるか 【医療保険】

1.基本料金

単位(円)

療養費 区分	訪問の日数		基本療養費	管理療養費	合計金額	負担割合		
	月の日数	週の日数				1割	2割	3割
療養費Ⅰ 通常 療養費Ⅱ 同一建物居住者同一日 2名まで	1日目	週3日まで	5,550	7,670	13,220	1,322	2,644	3,966
		週4日目以降※1※2	6,550		14,220	1,422	2,844	4,266
		週4日目以降※1※3	5,550		13,220	1,322	2,644	3,966
療養費Ⅱ 同一建物居住者同一日 3名以上	2日目～	週3日まで	5,550	3,000	8,550	855	1,710	2,565
		週4日目以降※1※2	6,550		9,550	955	1,910	2,865
		週4日目以降※1※3	5,550		8,550	855	1,710	2,565
療養費Ⅱ 同一建物居住者同一日 3名以上	1日目	週3日まで	2,780	7,670	10,450	1,045	2,090	3,135
		週4日目以降※1※2	3,280		10,950	1,095	2,190	3,285
		週3日まで	2,780		5,780	578	1,156	1,734
療養費Ⅱ 同一建物居住者同一日 3名以上	2日目～	週4日目以降※1※2	3,280	3,000	6,280	628	1,256	1,884
		週4日目以降※1※3	2,780		5,780	578	1,156	1,734
		週4日目以降※1※3	2,780		5,780	578	1,156	1,734
療養費(Ⅲ) 外泊者	入院中1回 <small>(表1)(表2)の対象者は2回まで算定可能</small>		8,500		8,500	850	1,700	2,550

※1 週は日曜日を基点とするため、前月から続く訪問の場合は、月の1日目であっても週4日目以降として算定する

※2 保健師、助産師又は看護師による場合

※3 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士による場合

注) 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護は看護業務の一環としてのリハビリテーションであるため定期的な看護職員による訪問が必要

2.加算料金

項目	算定要件・回数	金額	1割	2割	3割		
<input type="checkbox"/> 難病等複数回訪問看護加算 <small>(表1)・(表2)の対象者</small>	同一建物内2名まで 1日に2回	4,500	450	900	1,350		
特別訪問看護指示書の対象者	1日に3回以上	8,000	800	1,600	2,400		
	同一建物内3人以上 1日に2回	4,000	400	800	1,200		
	1日に3回以上	7,200	720	1,440	2,160		
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません							
<input type="checkbox"/> 24時間対応体制加算 イ	1回/月	6,800	680	1,360	2,040		
<input type="checkbox"/> 24時間対応体制加算 ロ	1回/月	6,520	652	1,304	1,956		
<input type="checkbox"/> ベースアップ評価料(Ⅰ)	1回/月	780	78	156	234		
<input type="checkbox"/> 訪問看護医療DX情報活用加算	1回/月	50	5	10	15		
<input type="checkbox"/> 特別管理加算(重症度の高いもの)	<small>(表2)①の対象者</small> 1回/月	5,000	500	1,000	1,500		
<input type="checkbox"/> 特別管理加算	<small>(表2)②～⑤の対象者</small> 1回/月	2,500	250	500	750		
<input type="checkbox"/> 緊急訪問看護加算 ※2							
<input type="checkbox"/> イ 月14日目まで	1回/日	2,650	265	530	795		
<input type="checkbox"/> ロ 月15日目以降	1回/日	2,000	200	400	600		
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	1回 <small>(表1)・(表2)の対象者は2回</small>	8,000	800	1,600	2,400		
<input type="checkbox"/> 特別管理指導加算	退院時共同指導加算算定者で <small>(表2)の対象者の更なる加算</small>	2,000	200	400	600		
<input type="checkbox"/> 退院支援指導加算(退院日)	<small>(表1)・(表2)の対象者</small> 医師より必要性が認められた者	6,000	600	1,200	1,800		
<input type="checkbox"/> 退院支援指導加算(退院日) *長時間にわたる療養上必要な指導を行った場合	<small>(表1)・(表2)の対象者</small> 医師より必要性が認められた者	8,400	840	1,680	2,520		
<input type="checkbox"/> 在宅患者連携指導加算	1回/月	3,000	300	600	900		
<input type="checkbox"/> 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	月2回まで	2,000	200	400	600		
<input type="checkbox"/> 長時間訪問看護加算							
	<small>(表2)・特別訪問看護指示書の対象者</small> 15歳未満の超重症児・準超重症児、15歳未満の(表2)対象者	1回/週 3回/週	5,200	520	1,040	1,560	
<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(6歳未満)	1回/日	1,300	130	260	390		
<input type="checkbox"/> 乳幼児加算(6歳未満) <small>超重症児・準超重症児(表1)・(表2)の対象者</small>	1回/日	1,800	180	360	540		
<input type="checkbox"/> 複数名訪問看護加算							
	<small>(表1)・(表2)・特別訪問看護指示書の対象者</small>	イ 週1回限度 ロ 週1回限度	4,500 3,800	450 380	900 760	1,350 1,140	
	イ 看護師+看護師等 ロ 看護師+准看護師 ハ 看護師+その他職員 ニ 看護師+その他職員	同一建物居住者同一日 1人又は2人	ハ 週3回限度 ニ 1日1回 ハ 週3回限度 ニ 1日2回	3,000 3,000 6,000	300 300 600	600 600 1,200	900 900 1,800
	イ 看護師+看護師等 ロ 看護師+准看護師 ハ 看護師+その他職員 ニ 看護師+その他職員	同一建物居住者同一日 3人以上	ニ 1日3回以上 イ 週1回限度 ロ 週1回限度 ハ 週3回限度 ニ 1日1回 ハ 週3回限度 ニ 1日2回 ハ 週3回限度 ニ 1日3回以上	10,000 4,000 3,400 2,700 2,700 5,400 9,000	1,000 400 340 270 270 540 900	2,000 800 680 540 540 1,080 1,800	3,000 1,200 1,020 810 810 1,620 2,700
<input type="checkbox"/> 早朝・夜間加算	6:00～8:00 18:00～22:00	1回/日	2,100	210	420	630	
<input type="checkbox"/> 深夜加算	22:00～6:00	1回/日	4,200	420	840	1,260	
<input type="checkbox"/> 介護・看護職員連携強化加算		月1回限度	2,500	250	500	750	
<input type="checkbox"/> 訪問看護情報提供療養費1 (市町村、都道府県、指定特定相談支援事業者、指定障害児童相談支援事業者) 18歳未満の児童	1,2共通 厚労省の定める疾病等の利用者 1,2,3共通 利用者の同意が必要	1回/月	1,500	150	300	450	
<input type="checkbox"/> 訪問看護情報提供療養費2※3 18歳未満の児童		1回/月	1,500	150	300	450	
<input type="checkbox"/> 訪問看護情報提供療養費3(入院・入所時の主治医宛)		1回/月	1,500	150	300	450	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ターミナルケア療養費1 ・在宅 ・特養等看取り加算対象者除く	死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問した場合 またはターミナルケア後24時間以内に在宅外で死亡した場合		25,000	2,500	5,000	7,500	
<input type="checkbox"/> 訪問看護ターミナルケア療養費2 ・特養等看取り加算対象者			10,000	1,000	2,000	3,000	

合計

※ ここまでの合計は一の位四捨五入

3.その他の利用料(実費=保険適用外の料金)

・利用者または家族の選択・希望により次のサービスを行った場合はそれぞれに定める利用料を頂きます

その他の利用料の種類	利用料	内容	
<input type="checkbox"/> 交通費	当事業所からの走行距離により設定 (円/1回)	当事業所と同一建物=0円 2km未満=110円 2km以上4km未満=220円 4km以上=330円 (いずれも税込)	
<input type="checkbox"/> 死後の処置	13,200円(税込)	家族の選択・希望により、訪問看護の提供と連続して処置を行った場合に実費相当額を頂きます (清拭、遺体の排泄物・分泌物等の処置・処理を含む)	
<input type="checkbox"/> オプション料金	9:00~17:00	30分	5,500円(税込)
	17:00~21:00	30分	6,600円(税込)
特別の事情がある場合の保険適用外のご利用についてはオプション料金となります			

1ヶ月のご利用料は、およそ

円 です。

【表1】 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側性硬化症、脊髄小脳変性症、ハンテントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエンヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を装着している状態の者

【表2】 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

- ① 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与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にある者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にある者
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理・在宅血液透析指導管理・在宅酸素療法指導管理・在宅中心静脈栄養指導管理・在宅成分栄養経管栄養指導管理・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・在宅肺高血圧症患者指導管理(以上の指導管理を受けている状態にある者)
- ③ 人工肛門、人工膀胱の設置状態にある者
- ④ 重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)のある者
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※2 緊急訪問看護加算

- ・緊急訪問看護加算は、利用者・家族の求めに応じて診療所または在宅療養支援病院の主治医、または連携する医療機関の医師の指示により、緊急の訪問を行った場合に算定

※3 訪問看護情報提供療養費2

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、保育所等(※)・幼稚園・小学校・中学校・高等学校・義務教育校・中等教育学校・特別支援学校・高等専門学校・専修学校へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

(※)保育所、認定こども園、家庭的保育事業所を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合。

※各年度1回を限度。

※入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月については、

当該保育所等につき月1回に限り、別に算定可。

八王子市：1単位
11.05 円

訪問看護にかかった費用は負担割合証の割合（その他特例有）で計算されます

サービスの種類		単位	金額 (円)	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
基本 利 用 料	サービス所要時間 20分未満 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 1	314	3,469	347	694	1,041
	サービス所要時間 30分未満 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 2	471	5,204	521	1,041	1,562
	サービス所要時間 30分以上 1時間未満 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 3	823	9,094	910	1,819	2,729
	サービス所要時間 1時間以上 1時間30分未満 <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 4	1,128	12,464	1,247	2,493	3,740
	理学療法士等の訪問 (1回20分以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護 I 5	294	3,248	325	650	975
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 I 5 2・超	265	2,928	293	586	879
*訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護は看護業務の一環としてのリハビリテーションであるため定期的な看護職員による訪問が必要						
加 算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ (6単位/回) (支給限度額管理の対象外)	6	66	7	14	20
	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ (3単位/回) (支給限度額管理の対象外)	3	33	4	7	10
	<input type="checkbox"/> 特別管理加算Ⅰ(支給限度額管理の対象外) 裏面表)①の対象者	500	5,525	553	1,105	1,658
	<input type="checkbox"/> 特別管理加算Ⅱ(支給限度額管理の対象外) 裏面表)②～⑤の対象者	250	2,762	277	553	829
	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません					
	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算Ⅰ(支給限度額管理の対象外) 裏面表※1)の基準に適合するものとして説明を受けました	600	6,630	663	1,326	1,989
	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算Ⅱ(支給限度額管理の対象外) 裏面表※2)の基準に適合するものとして説明を受けました	574	6,342	635	1,269	1,903
	時間外の緊急訪問に対する加算 (1月以内の2回目以降の緊急時訪問について算定)		夜・早期 25% 増 深夜 50% 増			
	<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 (初回加算を算定する場合はできない)	600	6,630	663	1,326	1,989
	<input type="checkbox"/> 初回加算Ⅰ (退院時共同指導加算を算定する場合はできない)	350	3,867	387	774	1,161
	<input type="checkbox"/> 初回加算Ⅱ (退院時共同指導加算を算定する場合はできない)	300	3,315	332	663	995
	<input type="checkbox"/> 長時間訪問看護加算 裏面表の対象者に1.5時間を越えるサービスを行った場合	300	3,315	332	663	995
	<input type="checkbox"/> 複数名訪問加算Ⅰ (2名の看護師等)					
	サービス所要時間 30分未満	254	2,806	281	562	842
	サービス所要時間 30分以上	402	4,442	445	889	1,333
	<input type="checkbox"/> 複数名訪問加算Ⅱ (看護師と看護補助者)					
サービス所要時間 30分未満	201	2,221	223	445	667	
サービス所要時間 30分以上	317	3,502	351	701	1,051	
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算	50	552	56	111	166	
<input type="checkbox"/> 看護・介護職員連携強化加算	250	2,762	277	553	829	
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算 (支給限度額管理の対象外) 死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問した場合 またはターミナルケア後24時間以内に在宅外で死亡した場合	2,500	27,625	2,763	5,525	8,288	

その他の利用料の種類（実費徴収分）

・利用者または家族の選択・希望により次のサービスを行った場合はそれぞれに定める利用料を頂きます

その他の利用料の種類	利用料	内容
<input type="checkbox"/> 交通費（実施地域以外の方）	当事業所実施地域境界からの走行距離により設定(円/1回)	2km未満=110円 2km以上4km未満=220円 4km以上=330円（いずれも税込）
<input type="checkbox"/> 死後の処置	13,200円(税込)	家族の選択・希望により、訪問看護の提供と連続して処置を行った場合に実費相当額を頂きます (清拭、遺体の排泄物・分泌物等の処置・処理を含む)
<input type="checkbox"/> オプション料金（保険制度適用外）		
9時～17時	30分	5,500円（税込）
17時～21時	30分	6,600円（税込）

特別の事情がある場合の制度適用外のご利用についてはオプション料金となります

表※1) (1)利用者又は家族等からの電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること
 (2)緊急時訪問における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること
 (3)上記(1)(2)に関して下記①～④の体制を整えているものとする。

- ① 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。
- ② 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行え 連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること .
- ③ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師 以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。
- ④ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に、保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。

表※2) (1)利用者又は家族等からの電話等により看護に看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること

表) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態にある者

- ① 在宅麻薬等注射指導管理・在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与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にある者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にある者
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理・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・在宅肺高血圧症患者指導管理(以上の指導管理を受けている状態にある者)
- ③ 人工肛門、人工膀胱の設置状態にある者
- ④ 重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)のある者
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護ステーション いるか 【介護予防保険】

別紙③

八王子市：1単位
11.05 円

訪問看護にかかった費用は負担割合証の割合（その他特例有）で計算されます

サービスの種類		単位	金額 (円)	1割負担 (円)	2割負担 (円)	3割負担 (円)
基本 利用 料	サービス所要時間 20分未満 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 1	303	3,348	335	670	1,005
	サービス所要時間 30分未満 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 2	451	4,983	499	997	1,495
	サービス所要時間 30分以上1時間未満 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 3	794	8,773	878	1,755	2,632
	サービス所要時間 1時間以上1時間30分未満 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 4	1,090	12,044	1,205	2,409	3,614
	理学療法士等の訪問 (1回20分以上) <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 5	284	3,138	314	628	942
	<input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 5 (利用開始から12月超の場合)	279	3,082	309	617	925
	<input type="checkbox"/> 予防訪問看護 I 5・2超	142	1,569	157	314	471
	*訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護は看護業務の一環としてのリハビリテーションであるため 定期的な看護職員による訪問が必要					
加 算	<input type="checkbox"/> 予防看サービス提供体制強化加算Ⅰ (6単位/回) (支給限度額管理の対象外)	6	66	7	14	20
	<input type="checkbox"/> 予防看サービス提供体制強化加算Ⅱ (3単位/回) (支給限度額管理の対象外)	3	33	4	7	10
	<input type="checkbox"/> 予防看特別管理加算Ⅰ(支給限度額管理の対象外) 裏面表)①の対象者	500	5,525	553	1,105	1,658
	<input type="checkbox"/> 予防看特別管理加算Ⅱ(支給限度額管理の対象外) 裏面表)②～⑤の対象者	250	2,762	277	553	829
	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません					
	<input type="checkbox"/> 緊急時介護予防訪問看護加算Ⅰ(支給限度額管理の対象外) 裏面表※1の基準に適合するものとして説明を受けました	600	6,630	663	1,326	1,989
	<input type="checkbox"/> 緊急時介護予防訪問看護加算Ⅱ(支給限度額管理の対象外) 裏面表※2の基準に適合するものとして説明を受けました	574	6,342	635	1,269	1,903
	時間外の緊急訪問に対する加算 (1月以内の2回目以降の緊急時訪問について算定)	夜・早朝	25% 増			
		深夜	50% 増			
	<input type="checkbox"/> 予防看退院時共同指導加算 (初回加算を算定する場合は算定できない)	600	6,630	663	1,326	1,989
	<input type="checkbox"/> 予防看初回加算Ⅰ (退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない)	350	3,867	387	774	1,161
	<input type="checkbox"/> 予防看初回加算Ⅱ (退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない)	300	3,315	332	663	995
	<input type="checkbox"/> 予防看長時間訪問看護加算 裏面表の対象者に1.5時間を超えるサービスを行った場合	300	3,315	332	663	995
	<input type="checkbox"/> 予防看複数名訪問加算Ⅰ (2名の看護師等)					
	サービス所要時間 30分未満	254	2,806	281	562	842
	サービス所要時間 30分以上	402	4,442	445	889	1,333
	<input type="checkbox"/> 予防看複数名訪問加算Ⅱ (看護師と看護補助者)					
	サービス所要時間 30分未満	201	2,221	223	445	667
サービス所要時間 30分以上	317	3,502	351	701	1,051	
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化加算	50	552	56	111	166	

その他の利用料の種類（実費徴収分）

・利用者または家族の選択・希望により次のサービスを行った場合はそれぞれに定める利用料を頂きます

その他の利用料の種類	利用料	内容	
<input type="checkbox"/> 交通費（実施地域以外の方）	当事業所実施地域境界からの走行距離により設定(円/1回)	2km未満=110円 4km以上=330円	2km以上4km未満=220円 (いずれも税込)
<input type="checkbox"/> 死後の処置	13,200円(税込み)	家族の選択・希望により、訪問看護の提供と連続して処置を行った場合に実費相当額を頂きます (清拭、遺体の排泄物・分泌物等の処置・処理を含む)	
<input type="checkbox"/> オプション料金（保険制度適用外）			
9時-17時	30分	5,500円(税込)	特別の事情がある場合の制度適用外のご利用についてはオプション料金となります
17時-21時	30分	6,600円(税込)	

- 表※1) (1)利用者又は家族等からの電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること☑
 (2)緊急時訪問における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること
 (3)上記(1)(2)に関して下記①～④の体制を整えているものとする。
- ① 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。
- ② 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行え☑連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること☑。
- ③ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師☑以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。
- ④ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に、保☑師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。

- 表※2) (1)利用者又は家族等からの電話等により看護に看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること☑

表) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態にある者

- ① 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与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にある者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にある者
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理・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・在宅肺高血圧症患者指導管理(以上の指導管理を受けている状態にある者)
- ③ 人工肛門、人工膀胱の設置状態にある者
- ④ 重度の褥瘡(真皮を超える褥瘡の状態)のある者
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護実施地域 および 交通費

訪問実施地域に応じ、訪問看護に要した交通費相当額をいただきます。

八王子市			
八王子市全域			
多摩市			
多摩市 愛宕	多摩市 落合	多摩市 貝取	多摩市 唐木田
多摩市 桜ヶ丘	多摩市 諏訪	多摩市 鶴牧	多摩市 豊ヶ丘
多摩市 永山	多摩市 中沢	多摩市 東寺方	多摩市 落川
多摩市 馬引沢	多摩市 百草	多摩市 和田	
町田市			
町田市 小山ヶ丘	町田市 小山町		

<介護保険>

- ・介護保険利用の場合、事業所所在地の市町村および訪問看護実施地域に在住する利用者に対しての交通費は徴収しない。
- ・訪問看護実施地域以外の利用者は下記に掲載されている交通費を徴収する。

交通費(訪問 1 回あたり)	税別	税込(10%)
実施地域境界から 2km未満	100 円	110 円
実施地域境界から 2km以上 4km未満	200 円	220 円
実施地域境界から 4km以上	300 円	330 円

<医療保険>

- ・医療保険の利用者は下記に記載されている交通費を徴収する。

交通費(訪問 1 回あたり)	税別	税込(10%)
いるかと同一建物	0 円	0 円
いるかから 2km未満	100 円	110 円
いるかから 2km以上 4km未満	200 円	220 円
いるかから 4km以上	300 円	330 円