

## 訪問看護ステーション清風園利用契約書 重要事項説明書 第6項別紙 (2021年4月改定)

- ※ 利用者が支払う基本料金は厚生労働大臣が定める介護給付費の額とします。
- ※ 基本料金は、1ヵ月分のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の11.12円を掛けた額とし、ご利用料はご利用者の自己負担割合に応じて算出した金額となります。その為合計金額は1日分の料金計算と若干の誤差が生じることがあります。
- ※ 以下の場合には適用保険が自動的に医療保険へ変更となります。
  1. 厚生労働大臣が定める疾病等の場合
  2. 主治医により特別訪問看護指示書が交付された場合

### (1) 基本料金

	訪問時間	介護(1割負担の場合)		予防(1割負担の場合)	
		単位数	自己負担額の目安	単位数	自己負担額の目安
看護師	20分未満	313単位/回	349円	302単位/回	336円
	30分未満	470単位/回	523円	450単位/回	501円
	30分以上1時間未満	821単位/回	913円	792単位/回	881円
	1時間以上1時間半未満	1,125単位/回	1,251円	1,087単位/回	1,209円
理学療法士等	20分	293単位/回	326円	283単位/回	315円
	40分	586単位/回	652円	566単位/回	630円
	60分	792単位/回	881円	426単位/回	474円

- ※ 予防訪問看護で理学療法士等のサービス利用が開始一年を経過した場合は基本単位数が減額となります。その際には事前に料金のご説明を致します。
- ※ 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な措置として、全てのサービスについて令和3年9月末までの間、基本料金に0.1%の上乗せが発生致します。

### (2) 加算・減算料金等

加算種別	加算回数	単位数	自己負担額の目安 (1割負担の場合)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	訪問毎	6単位/回	7円
特別管理加算(Ⅰ)	月1回	500単位/月	556円
特別管理加算(Ⅱ)	月1回	250単位/月	278円
緊急時訪問看護加算1	月1回	574単位/月	639円
看護・介護職員連携強化加算	月1回	250単位/月	278円
初回加算	初回時	300単位/月	334円
退院時共同指導加算	退院時	600単位/回	668円
緊急時訪問夜間・早朝加算	訪問毎	基本単位の25%を加算	
緊急時訪問深夜加算	訪問毎	基本単位の50%を加算	
長時間訪問看護加算(1時間半以上)	訪問毎	基本単位に300単位を加算	
複数名訪問看護加算(Ⅰ)看護師2名 30分未満	訪問毎	基本単位に254単位を加算	
複数名訪問看護加算(Ⅰ)看護師2名 30分以上	訪問毎	基本単位に402単位を加算	
複数名訪問看護加算(Ⅱ)看護師と看護補助者 30分未満	訪問毎	基本単位に201単位を加算	
複数名訪問看護加算(Ⅱ)看護師と看護補助者 30分以上	訪問毎	基本単位に317単位を加算	
事業所と同一建物内への訪問	訪問毎	基本単位の10%を減算	
ターミナルケア加算	死亡月	2,000単位	2,224円

実績により加算・減算となります

### (3) その他の料金(介護保険外料金)

1. 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に基づく訪問看護に係るサービス以外の訪問
    - ① 営業日(月～土、年末年始12/30～1/3を除く)外に訪問を行った場合 1回につき 5,000円
    - ② 営業時間(9:00～17:30)外に訪問を行った場合 30分につき 2,500円
- ※緊急時訪問看護加算を算定されている方への緊急訪問の場合は上記①②には該当しません。介護保険で定められた料金が適用されます。
- ③ 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に定められたサービス提供時間を超えた場合 30分につき 2,500円

2. 保険適用外(死亡後)の訪問 1回につき 5,000円
3. ご遺体のケア 10,000円
4. 「サービス提供記録」の写しを交付する場合 コピー1枚につき10円(片面コピー、サイズ共通)
5. 交通費
  - ①町田市内に在住している方 不要
  - ②町田市外に在住している方
 

事業所からの距離	5km以内	400円/回
	5km～10km以内	600円/回
	10km以上	800円/回

(4) 利用料の支払い

事業所は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、原則翌々月15日までに利用者へ送付します。利用者は、当月の料金の合計額を翌々月27日までに原則口座振替の方法で支払います。

(5) キャンセル料

利用者がサービス実施の当日朝9:30迄に通知することなく、サービスの利用を中止した場合は、1回につき1000円を請求させていただきます。但し、サービス利用直前に利用者に急変・入院等のやむを得ない事情があった場合はキャンセル料を請求しないものとします。

## 確 認 書

年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して重要事項説明書 第6項別紙について説明しました。

**【事業者】**

所在地 東京都町田市金井7丁目17番20号  
 施設名 社会福祉法人 賛育会 訪問看護ステーション清風園  
 管理者 比留間 真弓 印  
 説明者 印

私は訪問看護ステーション清風園 重要事項説明書 第6項別紙について説明を受け、同意しました。

**【利用者】**

住 所  
 氏 名 印

代筆者  
 氏 名 印  
 (利用者本人との関係 )

家族代表者  
 住 所  
 氏 名 印  
 (続柄 )