

24時間連携に関する覚書

医療法人●●クリニック(以下、甲という)と医療法人▲▲訪問看護ステーション(以下、乙という)は、在宅がん医療総合診療料届出にかかる連携保険医療機関、連携訪問看護ステーションとしての協力体制について、甲の患者の24時間連携体制を実働するため、以下のとおり覚書を締結する。

第1条 乙は、甲の連携訪問看護ステーションとして、甲の患者が訪問看護を必要とした時に、甲または甲の患者からの要請に基づき速やかに対応するものとする。

第2条 前条については、休日および夜間に関わらず、可能な限り緊急対応する。

第3条 甲は、必要に応じて甲の患者の診療内容についての情報を乙に適時提供する。

第4条 乙は、甲の患者の訪問看護を実施した場合、その情報を翌月甲に提供する。

第5条 乙は、甲の患者に対して訪問看護サービスを実施した場合であって、甲が算定する在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たした場合、その費用を甲に請求し、甲は乙が実施した訪問看護サービス費用を乙の請求した額に応じて、訪問看護サービス実施月の2カ月後の月末までに支払うものとする。

第6条 前条の訪問看護サービス費用は、社会保険診療報酬点数表(訪問看護療養費)に定める額に準じ、総額に消費税を加えた額とする。なお、乙が実施する訪問看護サービスにおいて必要な保険医療材料および医薬品は甲が負担するものとするが、その内容については別途協議する。

第7条 本覚書の有効期間は、平成●●年●●月●●日から平成●●年●●月●●日までの1年間とする。ただし、契約期間満了1カ月前までに甲乙いずれからも何らの意思表示がない場合は、自動的に1カ年延長するものとし、以後もまた同様とする。

第8条 本覚書に定めのない事項については、甲乙協議のうえ対処するものとする。また、診療報酬改定等による変更の際も同様とする。

本覚書締結を証するために本書を2通作成し、双方記名捺印のうえ、各1通保有する。

平成 年 月 日

甲 住所
医療機関名
院長

印

乙 住所
訪問看護ステーション名
管理者

印

平成 年 月 日

居宅介護支援事業所
ケアマネジャー _____ 様

院長名 _____

●●●●様の訪問看護サービスの取扱いについて

謹啓 ▲▲の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素より、本院の地域医療活動におきまして、格段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、●●●●様の訪問看護については、治療の必要上、来る●●月●●日より在宅医療(医療保険)を実施することとなりました。

●●様は病名(悪性腫瘍)により、医師による訪問診療と●●訪問看護ステーションによる訪問看護を実施することになります。これに伴い、健康保険法診療報酬点数表通知の定めるところにより、医療保険での訪問看護の取り扱いとなります。患者様の負担金などは月1万2,000円(原則1割負担の方)のみとなりますが、この点に関しましては、本院より患者さまに直接ご説明させていただきます。

つきましては、趣旨ご理解いただき、●●月からの給付管理につき、よろしくご査収ください。