

座間市社協訪問看護ステーション 訪問看護事業

【利用料、その他の額一覧表】

(※座間市社協訪問看護ステーション 訪問看護事業運営規定 第9条第1項第4項関係)

令和6年6月1日改定
(H30.8.1負担割合3割設定)

【介護保険】(訪問看護)

| No | 項目 | 提供時間等 | 利用料金(単位:円) | | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|----------------|-------|-------------------------|---------|--------|----------|------------|---------|----------|---------|--------------|------|----------|------------|-----------|----------|----------------|----------|-------------|---------------|-------|--|-----------------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 介護保険利用者利用料金(看護師) (法定代理受領サービス) | 20分未満 | 336 | 672 | 1,008 | 314 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 30分未満 | 504 | 1,008 | 1,512 | 471 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 30分以上60分未満 | 881 | 1,762 | 2,642 | 823 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,207 | 2,414 | 3,621 | 1,128 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 介護保険利用者利用料金 (PT・ST・OT) (法定代理受領サービス) | 20分 | 315 | 629 | 944 | 294 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 40分 | 630 | 1,259 | 1,888 | 294 単位×2回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60分 | 860 | 1,720 | 2,580 | 268 単位×3回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 時間外加算A(早朝・夜間) AM6:00~AM8:00,PM6:00~PM10:00 (早朝) (夜間) | 30分未満 | 630 | 1,259 | 1,888 | 1の利用料金25%増 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 30分以上60分未満 | 1,100 | 2,200 | 3,300 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,509 | 3,018 | 4,527 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 時間外加算B(深夜) PM10:00~AM6:00 (深夜) | 30分未満 | 756 | 1,511 | 2,267 | 1の利用料金50%増 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 30分以上60分未満 | 1,321 | 2,641 | 3,961 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,811 | 3,621 | 5,432 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 初回加算(Ⅰ) | 退院後の初回訪問看護 契約時 | 375 | 749 | 1,124 | 350 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 初回加算(Ⅱ) | 初回加算(Ⅰ)以外 | 321 | 642 | 963 | 300 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 口腔機能連携加算 | 1回/月 | 54 | 107 | 161 | 50 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 緊急時訪問看護加算 | 1月につき (任意契約) | 615 | 1,229 | 1,843 | 区分支給限度基準額の算定対象外となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | サービス提供体制強化加算Ⅰ PT,OT,STについては20分に1回とする | 1回につき | 7 | 13 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別管理加算Ⅰ | 1月につき | 535 | 1,070 | 1,605 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特別管理加算Ⅱ | 1月につき | 268 | 535 | 803 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 退院時共同指導加算 | 1回につき | 642 | 1,284 | 1,926 | 600 単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | ターミナルケア加算 | 死亡月 | 2,675 | 5,350 | 8,025 | 2,500単位 介護予防訪問看護は対象外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | <p>※その他の特記事項 ◆厚生労働大臣の定める疾病等・・・次の疾病等で介護保険の要支援及び要介護者は医療保険給付となります。またこれらは訪問看護指示書に記載されている必要があります。</p> <table border="0"> <tr> <td>[疾病や状態]</td> <td>§プリオン病</td> </tr> <tr> <td>§末期の悪性腫瘍</td> <td>§亜急性硬化性全脳炎</td> </tr> <tr> <td>§多発性硬化症</td> <td>§ライソゾーム病</td> </tr> <tr> <td>§重症筋無力症</td> <td>§副腎白質ジストロフィー</td> </tr> <tr> <td>§スモン</td> <td>§脊髄性筋萎縮症</td> </tr> <tr> <td>§筋萎縮性側索硬化症</td> <td>§球脊髄性筋萎縮症</td> </tr> <tr> <td>§脊髄小脳変性症</td> <td>§慢性炎症性脱髄性多発神経炎</td> </tr> <tr> <td>§ハンチントン病</td> <td>§後天性免疫不全症候群</td> </tr> <tr> <td>§進行性筋ジストロフィー症</td> <td>§頸髄損傷</td> </tr> <tr> <td></td> <td>§人工呼吸器を使用している状態</td> </tr> </table> <p>§パーキンソン病関連疾病 【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(ホエーン・ヤールの重症度分類がStegeⅢ以上あって、生活機能障害度がⅡ度または、Ⅲ度のものに限る)】</p> <p>§多系統萎縮症 【線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群】</p> | | | | | | [疾病や状態] | §プリオン病 | §末期の悪性腫瘍 | §亜急性硬化性全脳炎 | §多発性硬化症 | §ライソゾーム病 | §重症筋無力症 | §副腎白質ジストロフィー | §スモン | §脊髄性筋萎縮症 | §筋萎縮性側索硬化症 | §球脊髄性筋萎縮症 | §脊髄小脳変性症 | §慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | §ハンチントン病 | §後天性免疫不全症候群 | §進行性筋ジストロフィー症 | §頸髄損傷 | | §人工呼吸器を使用している状態 |
| [疾病や状態] | §プリオン病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §末期の悪性腫瘍 | §亜急性硬化性全脳炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §多発性硬化症 | §ライソゾーム病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §重症筋無力症 | §副腎白質ジストロフィー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §スモン | §脊髄性筋萎縮症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §筋萎縮性側索硬化症 | §球脊髄性筋萎縮症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §脊髄小脳変性症 | §慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §ハンチントン病 | §後天性免疫不全症候群 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| §進行性筋ジストロフィー症 | §頸髄損傷 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | §人工呼吸器を使用している状態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◆死後の処置料 | | 12,000 | 訪問に引き続いての処置の場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【介護保険】（介護予防訪問看護）

| No | 項目 | 提供時間等 | 利用料金（単位：円） | | | 備考 | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|----------------|-------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | | | |
| 1 | 介護保険利用者利用料金（看護師） （法定代理受領サービス） | 30分未満 | 483 | 965 | 1,448 | 451 単位 | | |
| | | 30分以上60分未満 | 850 | 1,699 | 2,549 | 794 単位 | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,167 | 2,333 | 3,499 | 1,094 単位 | | |
| 2 | 介護保険利用者利用料金 （PT・ST・OT） （法定代理受領サービス） | 20分 | 304 | 608 | 912 | 284 単位 | | |
| | | 40分 | 630 | 1,259 | 1,888 | 588 単位 | | |
| | | 60分 | 462 | 923 | 1,384 | 426 単位 | | |
| 3 | 時間外加算A（早朝・夜間） AM6:00～AM8:00,PM6:00～PM10:00 （早朝）（夜間） | 30分未満 | 603 | 1,205 | 1,808 | 1の利用料金25%増 | | |
| | | 30分以上60分未満 | 1,062 | 2,123 | 3,185 | | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,458 | 2,915 | 4,372 | | | |
| 4 | 時間外加算B（深夜） PM10:00～AM6:00 （深夜） | 30分未満 | 724 | 1,447 | 2,170 | 1の利用料金50%増 | | |
| | | 30分以上60分未満 | 1,275 | 2,549 | 3,823 | | | |
| | | 60分以上90分未満 | 1,750 | 3,499 | 5,249 | | | |
| 5 | 初回加算（Ⅰ） | 退院後の初回訪問看護契約時 | 315 | 630 | 945 | 350 単位 | | |
| 6 | 初回加算（Ⅱ） | 初回加算（Ⅰ）以外 | 270 | 540 | 810 | 300 単位 | | |
| 7 | 口腔連携強化加算 | 初回加算（Ⅰ）以外 | 54 | 107 | 161 | 50 単位 | | |
| 8 | 緊急時訪問看護加算 | 1月につき （任意契約） | 615 | 1,229 | 1,843 | | | |
| 9 | サービス提供体制強化加算Ⅰ PT,OT,STについては20分に1回とする | 1回につき | 7 | 13 | 20 | 区分支給限度基準額の算定対象外 となります。 | | |
| | 特別管理加算Ⅰ | 1月につき | 535 | 1,070 | 1,605 | | | |
| | 特別管理加算Ⅱ | 1月につき | 268 | 535 | 803 | | | |
| 10 | 退院時共同指導加算 | 1回につき | 642 | 1,284 | 1,926 | 600 単位 | | |
| 11 | ターミナルケア加算 | 死亡月 | — | — | — | 介護予防訪問看護は対象外 | | |
| 12 | <p>※その他の特記事項 ◆厚生労働大臣の定める疾病等・・・ 次の疾病等で介護保険の要支援及び要介護者は医療保険給付となります。 またこれらは訪問看護指図書に記載されている必要があります。</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>[疾病や状態]</p> <ul style="list-style-type: none"> §末期の悪性腫瘍 §多発性硬化症 §重症筋無力症 §スモン §筋萎縮性側索硬化症 §脊髄小脳変性症 §ハンチントン病 §進行性筋ジストロフィー症 §パーキンソン病関連疾病 §多系統萎縮症 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> §プリオン病 §亜急性硬化性全脳炎 §ライソゾーム病 §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 §頭髄損傷 §人工呼吸器を使用している状態 <p>【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（ホエーン・ヤールの重症度分類がStegeⅢ以上あって、生活機能障害度がⅡ度または、Ⅲ度のものに限り）】</p> <p>【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】</p> </td> </tr> </table> <p>◆死後の処置料</p> | | | | | | <p>[疾病や状態]</p> <ul style="list-style-type: none"> §末期の悪性腫瘍 §多発性硬化症 §重症筋無力症 §スモン §筋萎縮性側索硬化症 §脊髄小脳変性症 §ハンチントン病 §進行性筋ジストロフィー症 §パーキンソン病関連疾病 §多系統萎縮症 | <ul style="list-style-type: none"> §プリオン病 §亜急性硬化性全脳炎 §ライソゾーム病 §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 §頭髄損傷 §人工呼吸器を使用している状態 <p>【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（ホエーン・ヤールの重症度分類がStegeⅢ以上あって、生活機能障害度がⅡ度または、Ⅲ度のものに限り）】</p> <p>【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】</p> |
| <p>[疾病や状態]</p> <ul style="list-style-type: none"> §末期の悪性腫瘍 §多発性硬化症 §重症筋無力症 §スモン §筋萎縮性側索硬化症 §脊髄小脳変性症 §ハンチントン病 §進行性筋ジストロフィー症 §パーキンソン病関連疾病 §多系統萎縮症 | <ul style="list-style-type: none"> §プリオン病 §亜急性硬化性全脳炎 §ライソゾーム病 §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 §頭髄損傷 §人工呼吸器を使用している状態 <p>【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（ホエーン・ヤールの重症度分類がStegeⅢ以上あって、生活機能障害度がⅡ度または、Ⅲ度のものに限り）】</p> <p>【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】</p> | | | | | | | |
| | | | 12,000 | 訪問に引き続いての処置の場合 | | | | |

【医療保険】

| No | 項目 | 提供単位等 | 金額（単位：円） | 備考（自己負担割合等） | |
|----|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|-------------------|--------------------|
| 1 | 健康保険 (職域保険) 国民健康保険 (前期高齢者医療制度含む) ※看護師・PT・OT・ST | 訪問月初回 | 13,220 | 対象保険の負担割合に応じた自己負担 | |
| | | 週2～3日まで | 8,550 | | |
| | | 週4～7日まで | 9,550 | | |
| | | 情報提供料 | 1,500 | | |
| 2 | 後期高齢者医療制度 | 保険証記載の自己負担割合に応じた金額（交通費が加算されます） | | | |
| 3 | 公費負担医療 (優先順位に従い適用) | 訪問看護ステーションから、指定訪問看護を受けた場合の自己負担分について公費で負担 | | | |
| 4 | 早朝・夜間加算 AM6:00～AM8:00（早朝） PM6:00～PM10:00（夜間） | 1回につき | 2,100 | 対象保険の負担割合に応じた自己負担 | |
| 5 | 深夜加算 PM10:00～AM6:00 | 1回につき | 4,200 | | |
| 6 | 24時間対応体制加算 | 1月につき（任意契約） | 6,520 | | |
| 7 | 特別管理加算 | 特別な管理を必要とする者 | 1月につき | | 2,500 |
| | | 特別な管理を必要とし別に定める厚生労働大臣が定める状態等にある者 | | | 5,000 |
| 8 | 長時間訪問看護加算※ | 週1回まで | 5,200 | | |
| 9 | 訪問看護情報提供療養費 | | 月1回1,500円 | | |
| 10 | 訪問看護ターミナルケア療養費 | | 25,000円 | | |
| 11 | 訪問看護医療DX情報活用加算 | | 月1回50円 | | |
| 12 | 退院時共同指導加算 | | 8,000 | | |
| 13 | オプション | 保険外 | 保険利用時相当額 | | 全額自己負担（交通費が加算されます） |
| | | 死後の処置料 | 12,000 | | 訪問に引き続いての処置の場合 |
| | | 交通費 市内 | 200 | 訪問毎に加算されます | |
| | | 交通費 片道5キロ以上 | 300 | | |
| | | 交通費 片道10キロ以上 | 400 | | |

※長時間訪問看護加算...次に挙げる状態の者で1回の訪問看護の時間が90分を超える場合（週1回まで）

- ・人工呼吸器を使用している状態
- ・特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている場合
- ・特別な管理を必要とする場合
- ・長時間の訪問看護を必要とする15歳未満の超重症児または準超重症児（週3回まで）

令和 年 月 日

訪問看護サービス利用料、利用者負担金について説明をします。

事業者名 座間市社協訪問看護ステーション
説明者 中 田 亜 津 子

訪問看護サービス利用料、利用者負担金について説明を受けました。

利用者 氏 名
代理人または立会人 氏 名