

料金表（サービス利用料及び利用者負担について）

利用料金変更のお知らせ

※赤字で記したものが変更、新設された料金になります。

○訪問看護基本療養費（Ⅰ）

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
週3日まで	5,550円	555円	1110円	1665円
週4日以降	6,550円	655円	1310円	1965円

○訪問看護基本療養費（Ⅱ）

	利用料金		1割負担	2割負担	3割負担
週3日まで	5,550円	同1日2人	555円	1110円	1665円
	2,780円	同1日3人以上	278円	556円	834円
週4日以降	6,550円	同1日2人	665円	1310円	1965円
	3,280円	同1日3人以上	328円	656円	984円

○訪問看護管理療養費（1日につき）

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
月の初日	7,670円	767円	1,534円	2,301円
2日目以降	2,500円	250円	500円	750円

○難病等複数回訪問加算

		利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
1日2回 訪問した場合	同一建物2人	4,500円	450円	900円	1350円
	同一建物3人以上	4,000円	400円	800円	1200円
1日3回以上 訪問した場合	同一建物2人	8,000円	800円	1600円	2400円
	同一建物3人以上	7,200円	720円	1440円	2160円

○24時間対応体制加算

利用者や家族などからの電話等による連絡や相談に常時対応でき、必要に応じて緊急時の対応を行うことができる体制を評価する加算（月1回算定）

		1割負担	2割負担	3割負担
イ24時間対応体制における 看護業務の負担軽減の取り組みを行っている場合(新設)	6800円	680円	1,360円	2,040円
イ以外	6,520円	652円	1,304円	1,956円

○緊急訪問看護加算

利用者や家族など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の指示により緊急訪問を行った場合に算定する。※訪問看護療養費の加算

		1割負担	2割負担	3割負担
月14日目（14回目）まで	2,650円	265円	530円	795円
月15日目（15回目）まで (新設)	2,000円	200円	400円	600円

○複数名訪問看護加算

利用者やその家族の同意を得て看護師等が複数名で訪問します。対象は末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病・急性増悪等で特別訪問看護指示中・特別な管理を必要とする利用者。暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる利用者に算定

		利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
看護師の場合	同一建物2人	4,500円	450円	900円	1350円
	同一建物3人以上	4,000円	400円	800円	1200円
看護補助者の場合	同一建物2人	3,000円	300円	600円	900円
	同一建物3人以上	2,700円	270円	540円	810円
看護補助者の場合 (1回/日)	同一建物2人	3,000円	300円	600円	900円
	同一建物3人以上	2,700円	270円	540円	810円
看護補助者の場合 (2回/日)	同一建物2人	6,000円	600円	1200円	1800円
	同一建物3人以上	5,400円	540円	1080円	1620円
看護補助者の場合 (3回/日)	同一建物2人	10,000円	1000円	2000円	3000円
	同一建物3人以上	9,000円	900円	1800円	2700円

○長時間訪問看護加算

*対象者

- ・90分を超える訪問看護を行った場合に算定します。
- ・15歳未満の超重症児、準重症児又は特別な条件にあてはまる利用者（週3回限り）
- ・特別訪問看護指示書の期間にあたる対象者（週1回限り）
- ・特別管理加算の対象者（週1回限り）
- ・厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（週3回限り）

利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
5,200円	520円	1040円	1560円

※15歳未満の超・準重症児および15歳未満で「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する利用者は週3回まで算定します。

○特別管理加算 I

訪問看護に関して特別な管理が必要とする利用者に対し計画的な管理を行った場合に算定されます。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
特別管理加算 I（月1回）	5,000円	500円	1000円	1500円

※対象者：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、在宅強心剤持続投与指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態

○特別管理加算 II

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
特別管理加算 II（月1回）	2,500円	250円	500円	750円

※対象者：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、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態人工肛門、人口膀胱を設置している状態真皮を超える褥瘡の状態、点滴注射を週3回以上行う必要が認められている状態

○訪問看護ターミナルケア療養費

在宅で死亡した利用者に対し、死亡日および死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、かつターミナルケア支援体制について利用者・家族などに説明した上でターミナルケアを行った場合に算定します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅰ	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅱ	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円

○乳幼児加算

6歳未満の乳幼児に訪問看護を行った場合に算定されます。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
6歳未満の児	1,300円	130円	260円	390円
6歳未満であって別表7、8、超重症児又は準超重症児の場合（新設）	2,000円	200円	400円	600円

○看護・介護職員連携強化加算

介護職員に対し、看護師等が喀痰吸引等の計画書・報告書の作成や緊急時等の対応について助言を行うとともに、介護職員等に同行して利用者の居宅において業務の実施状況について確認した場合に算定します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回	2,500円	250円	500円	750円

○在宅患者連携指導加算

利用者の同意を得て、看護師等が月2回以上、医療関係職種間で文章などにより情報共有を月2回以上文章等により情報共有された診療情報を基に利用者などに対して指導を行った場合に算定されます。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回	3,000円	300円	600円	900円

○退院時共同指導加算

医療機関、介護老人保健施設から退院・退所にあたり、看護師が主治医または、医療機関などの職員とともに利用者本人やその看護者に対して在宅療養に必要な指導を行った場合、初日の訪問看護実施時に算定します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
退院時共同指導加算	8,000円	800円	1600円	2400円

○特別管理指導加算

利用者が「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する場合に加算します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
特別管理指導加算	2,000円	200円	400円	600円

○訪問看護基本療養費Ⅲ

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当する者が対象となります。

- ・「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する利用者
- ・「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する利用者
- ・試験外泊時の訪問看護が必要であると認められた利用者（入院中1回算定可）

・訪問看護指示書の交付を受けていること

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護基本療養費Ⅲ	8,500円	850円	1700円	2550円

○退院支援指導加算

看護師等が退院日に在宅で療養上必要な指導を行った場合に算定します。

対象者：「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する者、「厚生労働大臣が定める状態等」に該当する者、
退院当日の訪問看護が必要であると認められる者

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
退院支援指導加算	6,000円	600円	1200円	1800円

○在宅患者連携指導加算

利用者または家族などの同意を得て、看護師等が月2回以上、医療関係職種間で文章などにより共有された診療情報を基に利用者などに対して指導を行った場合に算定します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回	3,000円	300円	600円	900円

○在宅患者緊急時等カンファレンス加算

利用者の状態の急変などに伴い、看護師等が主治医の求めにより医師等、歯科医師等薬局の薬剤師、ケアマネジャー、相談支援専門員とカンファレンスに参加して共同で指導を行った場合に算定します。

	利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
月に2回まで	2,000円	200円	400円	600円

○その他・延長料金

保険適用外料金	30分未満	5,000円
	30分以上60分未満	8,800円
お別れの処置（エンゼルケア）	10,000円	
支払い引き落とし手数料	110円	

※利用料は医療費控除の対象となります。

各種医療扶助の対象者や障害の医療費受給者証をお持ちの方は、上記の自己負担が免除になります。後日環付になりますので看護師にご提示ください。

令和 年 月 日

社会福祉法人 ふくいの福祉家 幸ナースサポート 開設者 西野 幸治 説明者

私は本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、幸ナースサポートの利用料金変更
に同意しました。

利用者 住所

氏名

ご家族または代理人 住所

氏名