

介護保険利用者負担に関する説明書（介護予防訪問看護）

訪問看護ステーションほっと・ほっと韮崎

I 1 介護保険を利用される方には、所得に応じて1割から3割の自己負担があります。

内 容	基本単位	1割負担額	2割負担額	3割負担額
20分未満（頻回な医療処置が必要な方）	303 単位	303 円/回	606 円/回	909 円/回
30分未満	451 単位	451 円/回	902 円/回	1,353 円/回
30分以上1時間未満	794 単位	794 円/回	1,588 円/回	2,382 円/回
1時間以上1時間30分未満	1,090 単位	1,090 円/回	2,180 円/回	3,270 円/回
理学療法士等の場合（1日3回以上実施する場合は50%）	284 単位	284 円/回	568 円/回	852 円/回
理学療法士等が利用開始から12か月を超えて実施した場合	279 単位	279 円/回	558 円/回	837 円/回

2 加算される料金（区分支給限度額基準額内）

内 容	基本単位	1割負担額	2割負担額	3割負担額
早朝・夜間加算（18：00～22：00、6：00～8：00 時間帯の訪問）		所定単位数の25% /回 加算		
深夜加算（22：00～6：00）		所定単位数の50% /回 加算		
複数名訪問加算（30分未満）	254 単位	254 単位/回	508 単位/回	762 単位/回
複数名訪問加算（30分以上）	402 単位	402 単位/回	804 単位/回	1,206 単位/回
長時間訪問看護加算 （特別管理加算の対象者で1回の訪問時間が1時間30分を超える場合）	300 単位	300 円/回	600 円/回	900 円/回
専門管理加算 （緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合）	250 単位	250 円/月	500 円/月	750 円/月
初回加算（Ⅰ）病院等から退院した日に初回訪問した場合	350 単位	350 円/回	700 円/回	1,050 円/回
初回加算（Ⅱ）初回の訪問看護を行った場合	300 単位	300 円/回	600 円/回	900 円/回
退院時共同指導加算（退院・退所時に医師と連携）	600 単位	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回
看護体制強化加算	100 単位	100 円/月	200 円/月	300 円/月
口腔連携強化加算 （訪問看護師が口腔の健康状態の評価を行い、歯科医療機関や介護支援専門員に評価結果を情報提供した場合）	50 単位	50 円/月	100 円/月	150 円/月

3 加算される料金（区分支給限度額基準額外）

内 容	基本単位	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算Ⅰ （勤続7年以上の職員が30%以上）	6 単位	6 円/回	12 円/回	18 円/回
緊急時訪問看護加算 ※1 （電話等で常時対応できる体制・緊急時対応の看護業務の負担軽減体制）	600 単位	600 円/月	1,200 円/月	1,800 円/月
特別管理加算（1） （在宅悪性腫瘍等患者指導管理、留置カテーテル使用 等）	500 単位	500 円/月	1000 円/月	1500 円/月
特別管理加算（2） （在宅酸素療法指導管理、真皮を越える褥瘡の状態 等）	250 単位	250 円/月	500 円/月	750 円/月
中山間地域等加算 （実施地域外の中山間地域等に居住する方）		所定単位数の5%/回 加算		

※1 緊急時訪問看護加算がなく、緊急に訪問看護の対応をする場合は、介護支援専門員によるケアプランの変更を行い、緊急時訪問看護加算600円（又は1,200円か1,800円）と対応した時間に応じた一部負担金の金額をいただきます。

4 サテライトほっと・ほっと白州は、小規模事業所加算対象となり、厚生労働大臣が定める中山間地に該当し、利用料金に10%が加算されます。（北杜市白州町・武川町）

II 介護保険法以外に自己負担をしていただく料金は、次のとおりです。

- 1 医療保険が適用されない医薬品・看護材料費等を使用する場合は、利用者にご用意いただきます。
- 2 延長料金 上記2の長時間訪問看護加算に該当しない方で、1回の訪問看護が1時間30分以上になった場合は、30分ごと1,200円を負担していただきます。
- 3 エンゼル料 1回につき 20,000円
- 4 訪問看護交通費
 - 1) 次の地域は無料です。(ただし、中山間地域等加算対象地域は除きます。)
 - ・本 所：韮崎市、甲斐市(旧双葉町)、南アルプス市(旧八田村・白根町)
 - ・出張所：北杜市白州町、北杜市武川町
 - 2) 上記1)の地域を越えて訪問した場合は、上記1)の地域を越えた地点から1kmごと80円をいただきます。

令和 年 月 日

私は、利用者へ上記の内容を説明しました。

説明者 事業所住所：韮崎市本町1丁目14-21
事業所名：公益社団法人山梨県看護協会訪問看護ステーションほっと・ほっと韮崎
説明者氏名： 印

私は、上記の内容について説明を受け、同意しました。

利用者 住所：
氏名： 印

署名代行者(又は法定代理人)
住所：
氏名： 印
本人との続柄：

立会人 住所：
氏名： 印
本人との続柄：

家族 住所：
氏名： 印
本人との続柄：