

訪問看護料金表(介護保険)

〈令和 6 年 6 月 1 日現在〉

IV 利用料

(1) 介護保険利用の訪問看護

小田原市5級地:10.7円

所要時間	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	314単位	3,360円	336円	672円	1,008円
30分未満	471単位	5,040円	504円	1,008円	1,512円
30分～1時間未満	823単位	8,806円	881円	1,761円	2,642円
1時間～1時間30分未満	1,128単位	12,070円	1,207円	2,414円	3,621円

介護予防訪問看護

所要時間	単位数	金額	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	303単位	3,242円	324円	648円	973円
30分未満	451単位	4,826円	483円	965円	1,448円
30分～1時間未満	794単位	8,496円	850円	1,699円	2,549円
1時間～1時間30分未満	1,090単位	11,663円	1,166円	2,333円	3,499円

〈加算〉

加算の種類	単位数	要件
夜間・早朝加算	基本単価の25% ／1回	夜間(午後6時～午後10時)、早朝(午前6時～午前8時)に訪問看護を行った場合
深夜加算	基本単価の50% ／1回	深夜(午後10時～午前6時)に訪問看護を行った場合
複数名訪問加算(Ⅰ)	254単位／1回	複数の看護師等が同時に所要時間30分未満の訪問看護を行った場合
	402単位／1回	複数の看護師等が同時に所要時間30分以上の訪問看護を行った場合
複数名訪問加算(Ⅱ)	201単位／1回	看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満の訪問看護を行った場合
	317単位／1回	看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上の訪問看護を行った場合
長時間訪問看護加算	300単位／1回	特別な管理を必要とする利用者に対して1時間30分以上の訪問看護を行った場合
事業所と同一の建物に居住する利用者に対しての提供減算	基本単価の10%を減算(90／100を算定)	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物、もしくは同一の建物に居住する利用者、または1月あたり同一の建物に居住する20人以上の利用者にサービスを提供した場合
緊急時訪問看護加算	600単位／1月	事業所が利用者の同意を得て、24時間連絡体制と、必要に応じて緊急訪問を行う体制にある場合
特別管理加算(Ⅰ)	500単位／1月	特別な管理を必要とする方に対して、サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合
特別管理加算(Ⅱ)	250単位／1月	
ターミナルケア加算	2500単位／1月	在宅で死亡した利用者に対して、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合
初回加算	300単位／1月	新規利用時、または過去2ヶ月間に利用がない場合、訪問看護計画書を作成した場合
退院時共同指導加算	600単位／1回	病院等に入院入所している者が、退院退所するにあたり、療養上必要な退院時共同指導を行った場合
看護・介護職員連携強化加算	250単位／1月	訪問介護員等に対し、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時の対応について助言を行い、訪問介護員等に同行し業務の実施状況を確認した場合、又は安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合
看護体制強化加算(Ⅱ)	200単位／1月	重中度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応強化のため、一定割合以上の実績がある事業所に対する加算

利用料金の負担割合は利用者様の介護保険の負担割合に基づきます。

保険給付対象外の訪問看護利用料金は、全額自己負担で利用できます。

(2) その他の費用

- ①交通費… 通常実施地域以外の地域の場合は、1キロメートルにつき 30 円のご負担となります。
- ②衛生材料費…患者様の介護サービスに使用する衛生材料は、ご利用者様でご用意ください。
- ③利用者負担金は、翌月の15 日すぎに請求書をお送りしますので、現金もしくは口座引き落としてお支払いください。
請求書を受け取られましたら、請求月の28日までにお支払い下さい。

④その他の費用

・サービスの実施に必要な自宅での水道・電気・ガス・電話などの費用は、利用者負担となります。

・エンゼルケアを行った場合は、実費10000円をいただきます。

・訪問看護指示書料

※訪問看護は主治医が発行する訪問看護指示書が必ず必要です。訪問看護指示書を発行していただくと指示書発行料が発生し、ご利用者様の負担になります。指示書発行料については主治医の医療機関へお支払いになります。指示書発行料は保険証の種類や負担割合により異なります。(目安 : 介護保険1割負担の方=300円)

V キャンセル料

ご利用者の都合により、サービスを中止する場合は次のキャンセル料をいただく場合があります。

キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡下さい。

①利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	予定訪問の実費相当分

ただし、病状によりキャンセルの場合はその限りではありません。

説明確認欄

年 月 日

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明をしました。

事業者名: 株式会社リリー

(事業所名: リリー訪問看護ステーション)

説明者 _____ 印

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明を受けました。

利用者 _____ 氏名 _____ 印

家族または後見人・代理人(続柄)

氏名 _____ 印