

訪問看護費料金表（介護保険）

1単位:10.7円（堺市⇒5級地）

(R6.6.1)

| 介護保険 | サービス内容略称 | 単位数 | 金額 | 利用者負担額 | 利用者負担額 | 利用者負担額 | | |
|---|-------------------------------|---|---|---------|---------|--------|--------|--------|
| | | | | (1割) | (2割) | (3割) | | |
| 訪問看護費 | 20分未満 | 訪問看護Ⅰ 1 | 314 | 3,359円 | 336円 | 672円 | 1,008円 | |
| | 30分未満 | 訪問看護Ⅰ 2 | 471 | 5,039円 | 504円 | 1,008円 | 1,512円 | |
| | 30分以上60分未満 | 訪問看護Ⅰ 3 | 823 | 8,806円 | 881円 | 1,762円 | 2,642円 | |
| | 60分以上1時間30分未満 | 訪問看護Ⅰ 4 | 1,128 | 12,069円 | 1,207円 | 2,414円 | 3,621円 | |
| | 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 1回あたり20分以上（1日に2回を超えて実施する場合は90/100） 週6回まで | 訪問看護Ⅰ 5 | 294 | 3,145円 | 315円 | 629円 | 944円 |
| ※ 早朝(6時～8時)・夜間(18時～22時)は25%増。深夜(22時～翌6時)は50%増。 ※ 准看護師が訪問した場合は、1回につき90/100の単位数。 ※ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合、1回につき8単位減。 | | | | | | | | |
| 加算 | 緊急時訪問看護加算（月1回） | | 緊急時訪問看護加算（Ⅰ） | 600 | 6,420円 | 642円 | 1,284円 | 1,926円 |
| | | | 緊急時訪問看護加算（Ⅱ） | 574 | 6,141円 | 615円 | 1,229円 | 1,843円 |
| | 特別管理加算（月1回） | | 特別管理加算（Ⅰ） | 500 | 5,350円 | 535円 | 1,070円 | 1,605円 |
| | | | 特別管理加算（Ⅱ） | 250 | 2,675円 | 268円 | 535円 | 803円 |
| | 専門管理加算（月1回） | | 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 | 250 | 2,675円 | 268円 | 535円 | 803円 |
| | | | 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 | 250 | 2,675円 | 268円 | 535円 | 803円 |
| | ターミナルケア加算（適応時） | | ターミナルケア加算 | 2,500 | 26,750円 | 2,675円 | 5,350円 | 8,025円 |
| | 長時間訪問看護加算（1回につき） | | 長時間訪問看護加算 | 300 | 3,210円 | 321円 | 642円 | 963円 |
| | 複数名訪問加算（1回につき） | 30分未満 | 複数名訪問加算（Ⅰ） | 254 | 2,717円 | 272円 | 544円 | 816円 |
| | | 30分以上 | | 402 | 4,301円 | 431円 | 861円 | 1,291円 |
| | | 30分未満 | 複数名訪問加算（Ⅱ） | 201 | 2,150円 | 215円 | 430円 | 645円 |
| | | 30分以上 | | 317 | 3,391円 | 340円 | 679円 | 1,018円 |
| 退院時共同指導加算 | | 退院時共同指導加算 | 600 | 6,420円 | 642円 | 1,284円 | 1,926円 | |
| 初回加算 | 退院した日に初回の訪問看護を行った場合（月1回） | 初回加算（Ⅰ） | 350 | 3,745円 | 375円 | 749円 | 1,124円 | |
| | 退院した日の翌日以降に初回の訪問看護を行った場合（月1回） | 初回加算（Ⅱ） | 300 | 3,210円 | 321円 | 642円 | 963円 | |

○運営規程で定めたその他の費用（利用者負担）

| | | |
|-----|------------------|----------------|
| その他 | 交通費 | 交通費は請求致しません。 |
| | ※ 死後の処置代 | 20,000円。 |
| | ※ 日常生活用具・物品・材料費等 | は実費とさせていただきます。 |

○通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割分）

| 項目 | 金額 | 説明 |
|-----------|--------------|---|
| 介護保険外サービス | 介護報酬の告示上の額同額 | 区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。 |

上記の通り、訪問看護費について文書交付及び説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 氏名 _____ ㊟
 (署名・法定) 代理人 氏名 _____ ㊟

株式会社 ハピネスTK
 訪問看護ステーション
 メディケアジャパン堺北 ㊟