

〈介護保険〉

基本利用料および利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下の料金表のとおりです。

あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則「基本利用料」の1割の金額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

【利用料金】

時間帯	20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
6時～8時	331円	497円	716円	1,052円
8時～18時	265円	398円	573円	842円
18時～22時	331円	497円	716円	1,052円
22時～6時	397円	597円	859円	1,263円

※早朝（6時～8時）夜間（18時～22時）の場合 8時～18時単位数の25%増し

※深夜（22時～6時）の場合 8時～18時単位数の50%増し

※准看護師が訪問看護を行った場合は、上記の90%の料金となります。

【加算】

初回加算(1月につき) 300円

看護・介護職員連携強化加算(1月につき) 250円

複数名訪問看護①(30分未満) 254円

複数名訪問看護②(30分以上) 402円

長時間訪問看護加算(1回につき) 300円

緊急時訪問看護加算(1月につき) 315円

特別管理加算Ⅰ(1月につき) 500円

特別管理加算Ⅱ(1月につき) 250円

ターミナルケア(死亡月につき) 2,000円

*回数は毎月はじめから数えさせていただきます。

*材料費・交通費などはここに含まれず、実費ご負担願います。

*支援限度額を超えた場合は保険外利用になり、利用者負担金額が10割となります。

*加算については、当事業所が要件を満たしているか判断し、算定させていただきます。

【保険外】

	6時～8時	8時～18時	18時～22時	22時～6時
30分毎	6,250円	5,000円	6,250円	7,500円

年末年始料金 1日 5,000円追加

エンゼルケア 1回 8,000円追加

〈医療保険〉

基本利用料および利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は、以下の料金表のとおりです。

あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、年齢・所得に応じ「基本利用料」の1割から3割負担となります。ただし、医療保険法で定められた日数（週3回、1回90分まで：例外あり）を超えて訪問する場合には、超えた額の全額をご負担頂きます。

※利用者負担額を算出する際に小数点以下は切り捨てとなるので、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差があります。

【利用料金】

利用区分 (1日につき)	基本料金	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
週3日目まで	5,800円	580円	1,160円	1,740円
週4日目以降	6,800円	680円	1,360円	2,040円
准看護師による場合				
週3日目まで	5,300円	530円	1,060円	1,590円
週4日目以降	6,300円	630円	1,260円	1,890円

【加算】

	基本料金	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
複数名訪問看護加算 週1回まで	4,500円	450円	900円	1,350円
難病等複数回訪問 看護加算 1日2回	4,500円	450円	900円	1,350円
1日3回以上	8,000円	800円	1,600円	2,400円
緊急訪問看護加算 1日1回限り	2,650円	265円	530円	795円
長時間訪問看護加算 週1回まで	5,200円	520円	1,040円	1,560円
カンファレンス加算 月2回まで	2,000円	200円	400円	600円
ターミナルケア加算 適応時	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
夜間18時～22時	2,100円	210円	420円	630円
夜間22時～6時	4,200円	420円	840円	1,260円
早朝6時～8時	2,100円	210円	420円	630円

- * 回数は、毎月はじめから数えさせていただきます。
- * 材料費・交通費などはここに含まれず、実費ご負担願います。
- * 各種医療扶助の対象者や障害保険の医療証をお持ちの方は、上記の自己負担が免除になる場合もございますので、訪問の際にスタッフにご提示ください。
- * 月初めに保険証の確認をさせていただきますので、ご協力をよろしくお願いいたします。
- * 厚生労働省の指定疾病の場合は、週4日以上の訪問看護を利用できます。
- ※ 指定疾患意外でも、主治医から頻回訪問看護が必要である旨の「特別訪問看護指示書」があった場合、交付日から14日以内は毎日利用可能です。
- * 支援限度額を超えた場合は、当該月の利用者負担額が10割となります。
- * 行っている処置によっては、上記以外の金額が発生する場合がございます。
- * 加算については、当事業所が該当する項目があるか判断し、算定させていただきます。

【保険外】

年末年始料金 1日 5,000円追加

エンゼルケア 1回 8,000円追加