

訪問看護に係る利用料【介護保険ご利用の場合】

I 利用料

令和3年4月1日より改定

利 用 時 間	利 用 料
20分未満（週1回20分以上の訪問看護を実施していること）	313単位/回
30分未満	470単位/回
30分以上60分未満	821単位/回
60分以上90分未満	1,125単位/回

II 営業時間外利用料

利 用 時 間	利 用 料
午前6時～8時、午後6時～10時	上記基本料金+25%
午後10時～午前6時	上記基本料金+50%

III 加算

加 算 内 容	利 用 料
緊急時訪問看護加算（24時間体制をとっている場合）	574単位/月
特別管理加算Ⅰ（在宅悪性腫瘍患者指導管理を受けている） （留置カテーテル等を使用している状態）	500単位/月
特別管理加算Ⅱ（在宅酸素、真皮を超える褥瘡など）	250単位/月
ターミナルケア加算	2,000単位
中山間地域等への訪問看護提供加算 旧高岡地区(横川・大能・ 若栗・中戸川・上君田・下君田)	基本料の5%
長時間訪問看護加算（特別管理加算対象者に90分以上の訪問看護）	300単位
複数名訪問加算Ⅰ	30分未満 254単位 30分以上 402単位
サービス提供体制加算	6単位/回
退院時共同指導加算	600単位/回
初回加算	300単位/月
看護体制強化加算Ⅰ	300単位/月

特別管理加算Ⅰ・Ⅱ、緊急時訪問看護加算、中山間地域等提供加算、サービス提供体制強化加算、ターミナルケア加算は区分支給限度基準額の算定対象外となります。

IV キャンセル料

- ① 利用者からサービス利用の中止について、前日の午後 5 時までに連絡をいただければ、予定されたサービスを中止または変更ができます。この場合、キャンセル料は発生しません。
- ② 前日の午後 5 時以降のキャンセルについては、利用者に 2,000 円キャンセル料を負担していただきます。

V 自費となるもの

衛生材料 経管栄養セット 吸引カテーテルなど
死後の処置 5,400 円

訪問看護に係る利用料同意書

私(意思表示ができない時は代理人)は、安良川訪問看護ステーションからの訪問看護を利用するにあたり、左記の利用料について説明を受けました。

つきましては、貴事業所の訪問看護において、左記のサービスを利用する場合、その支払いに同意いたします。

令和 年 月 日

事業者名 医療法人 愛正会
代表者名 理事長 横倉稔明
事業所名 安良川訪問看護ステーション

契約者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

代理人 住所 _____

氏名 _____ ⑩

契約者との続柄 _____

訪問看護に係る利用料【介護保険ご利用・介護予防の場合】

I 利用料

令和3年4月1日より改定

利用時間	利用料
20分未満（週1回20分以上の訪問看護を実施していること）	302単位/回
30分未満	450単位/回
30分以上60分未満	792単位/回
60分以上90分未満	1,087単位/回

II 営業時間外利用料

利用時間	利用料
午前6時～8時、午後6時～10時	上記基本料金の25%
午後10時～午前6時	上記基本料金の50%

III 加算

加算内容	利用料
緊急時訪問看護加算（24時間体制をとっている場合）	574単位/月
特別管理加算Ⅰ（在宅悪性腫瘍患者指導管理を受けている） （留置カテーテル等を使用している状態）	500単位/月
特別管理加算Ⅱ（在宅酸素、真皮を超える褥瘡など）	250単位/月
ターミナルケア加算	2,000単位
中山間地域等への訪問看護提供加算 旧高岡地区(横川・大能・ 若栗・中戸川・上君田・下君田)	基本料の5%
長時間訪問看護加算（特別管理加算対象者に90分以上の訪問看護）	300単位
複数名訪問加算	30分未満 254単位 30分以上 402単位
サービス提供体制加算	6単位/回
退院時共同指導加算	600単位/回
初回加算	300単位/月
看護体制強化加算Ⅰ	300単位/月

特別管理加算Ⅰ・Ⅱ、緊急時訪問看護加算、中山間地域等への訪問看護提供加算は区分支給限度基準額の算定対象外となります。

IV キャンセル料

- ① 利用者からサービス利用の中止について、前日の午後 5 時までに連絡をいただければ、予定されたサービスを中止または変更ができます。この場合、キャンセル料は発生しません。
- ② 前日の午後 5 時以降のキャンセルについては、利用者に 2,000 円キャンセル料を負担していただきます。

V 自費となるもの

衛生材料 経管栄養セット 吸引カテーテルなど
死後の処置 5,400 円

訪問看護に係る利用料同意書

私(意思表示ができない時は代理人)は、安良川訪問看護ステーションからの訪問看護を利用するにあたり、左記の利用料について説明を受けました。

つきましては、貴事業所の訪問看護において、左記のサービスを利用する場合、その支払いに同意いたします。

令和 年 月 日

事業者名 医療法人 愛正会
代表者名 理事長 横倉稔明
事業所名 安良川訪問看護ステーション

契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

契約者との続柄 _____