

別紙

介護予防訪問看護利用料金表（介護保険：要支援者）

Ⅰ. 基本利用料（基本単位×地域単価（10.84円）×負担割合（1～3割））

	サービス内容	単位数	□1割	□2割 □3割
	20分未満（介護予防訪問看護 11） ※20分未満の利用は、24時間体制があること、週に1回は、20分以上の定期的訪問看護が行われている場合に可能	303	328円／回	
	30分未満（介護予防訪問看護 12）	451	488円／回	
	30分以上 60分未満（介護予防訪問看護 13）	794	860円／回	
	60分以上 90分まで（介護予防訪問看護 14）	1,090	1,181円／回	
	理学療法士等による（介護予防訪問看護 15） （1回20分以上、6回/週まで）	284	307円／回	
	（1回40分以上：20分×2回）3回/週まで	568	615円／回	
	（1回60分以上：20分×3回）2回/週まで ・1日3回以上の場合は、3回ともに50/100の単位数：142 ・令和3年4月以降を起算月として、12月を超えて介護予防訪問看護を行った場合は、1回につき5単位の減算	426	461円／回	
	夜間・早朝加算（夜間：18時～22時・早朝：6時～8時）		基本単位の25%増	
	深夜加算（深夜：22時～6時）		基本単位の50%増	
	☆1 サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	6円／回	
	☆2 緊急時介護予防訪問看護加算	600	650円／月	
	特別管理加算（適用項目に○）※特別な管理を要する利用者 （Ⅰ）在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、又は在宅強心剤持続投与指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレを使用している状態、留置カテーテルを使用している状態 （Ⅱ）在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、人工肛門、人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡がある状態、点滴注射を3日以上行う必要があると認められた状態	（Ⅰ）500 （Ⅱ）250	542円／月 271円／月	
	長時間介護予防訪問看護加算（1時間30分を超える）特別管理加算対象者	300	325円／回	
	☆3 複数名訪問加算（Ⅰ）（同時に看護師等との訪問） 30分未満 30分以上	254 402	275円／回 435円／回	
	☆3 複数名訪問加算（Ⅱ）（同時に看護補助者との訪問） 30分未満 30分以上	201 317	217円／回 343円／回	
	☆4 専門管理加算	250	271円／月	
	☆5 初回加算（Ⅰ）（新規利用者 月1回）退院日に訪問 初回加算（Ⅱ）（新規利用者 月1回） 退院時共同指導加算（初回加算を算定した場合は算定不可） （1回/月・特別管理加算対象者は2回/月まで）	350 300 600	379円／回 325円／回 650円／回	
	☆6 看護・介護職員連携強化加算（痰の吸引等特定業務）	250	271円／回	
	☆7 看護体制強化加算	100	108円／月	
	☆8 口腔連携強化加算	50	54円／月	
	☆9 介護職員等処遇改善加算	×1.8%	／月	

※特別管理加算の「在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、又は在宅強心剤持続投与指導管理」
がん末期・ALS又は筋ジストロフィー症・緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の利用者への麻薬注射に関する指導管理、悪性腫瘍利用者に対する抗がん剤注射に関する指導管理、強心剤の持続投与を輸液ポンプ等を用いて行った場合の指導管理をいう

【参考：加算についての説明】

☆1 サービス提供体制強化加算（1）：下記①～④に適合している事業所に算定されます。

- ① 全ての看護師等ごとに研修計画を作成し、計画に従って研修（外部における研修を含む）実施又は実施を予定していること
- ② 利用者に関する情報もしくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達または当該指定訪問看護事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的に行うこと
- ③ 全ての看護師等に対し、健康診断を定期的に行うこと
- ④ 看護師の総数のうち、勤続年数7年以上のものの占める割合が100分の30以上であること

☆2 緊急時介護予防訪問看護加算の契約を頂く方には、専用の電話番号をお知らせします。その場合24時間看護師への電話連絡が可能で必要時には休日や時間外でも緊急訪問をします。計画外の緊急訪問を行った場合は所要時間に応じた所定単位を算定します。なお、特別管理加算の対象者については一月のうち2回以降には、夜間・早朝加算、又は深夜加算が付きまします。

※サービス提供体制強化加算・緊急時訪問看護加算・特別管理加算は、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

☆3 複数名訪問加算の対象となるのは、下記のかたで、ご利用者の同意を得て算定します。

- ① 利用者の身体的理由（体重が重いなど）により、1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③ その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められた場合

☆4 専門管理加算：緩和ケア等専門性の高い看護師が計画的な管理を行う場合に算定します

☆5 初回加算（1）：新規に訪問看護計画書を作成し、かつ退院日に看護師が訪問した場合に算定します。※要介護者等のより円滑な医療から介護への在宅移行を訪問看護サービスとして推進

初回加算（2）：新規に訪問看護計画書を作成した場合に算定します。

退院時共同指導加算：病院や介護老人保健施設に入院・入所中の方が退院又は退所するにあたって、訪問看護師が施設に出向き、医師・看護師等と共同して、お住まいにおける療養上必要な指導を行い、その内容を提供した場合に算定します。

☆6 看護・介護職員連携強化加算：訪問介護員が医師の指示のもとに行う、痰の吸引等が円滑に実施できるように訪問介護事業所と連携して支援等行った場合に算定します。

☆7 看護体制強化加算：下記①～③に適合している事業所に算定されます。

- ① 算定日が属する月の前6月間において、事業所における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること
- ② 算定日が属する月の前6月間において、事業所における利用者総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の20以上であること

☆8 口腔連携強化加算：歯科医療機関及び介護支援専門員に口腔の健康状態の評価（様式に記載）を提供した場合に1事業所のみ算定します。

☆9 介護職員等処遇改善加算：基本サービス費等に対して1.8%を算定します。

Ⅱ. その他の費用

1. 交通費等の費用

訪問にかかる交通費	豊中市・池田市・箕面市は不用 その他の地域は、ステーション規定に基づく実費相当額
死後の処置料	16,500 円 (材料費は別になります。)

2. キャンセル料

キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までにご連絡があった場合	キャンセル料は不要です。
	当日訪問までにご連絡があった場合	2,000 円を請求いたします。
	ご自宅に訪問するまでご連絡がなかった場合	1 提供当りの料金の 100%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

3. 利用料、利用者負担額（その他の費用の請求及び支払い方法）

① 利用料、利用者負担額 (各種保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日前後にお渡します。
② 利用料、利用者負担額 (各種保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	ア 請求内容をご確認のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ・ 利用者指定口座からの自動振替(当該月の利用料は、翌々月 1 日に毎月振替ます) ・ 現金支払い(請求書をお渡しし、訪問時に集金します) イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

※ 利用料、利用者負担額（各種保険適用）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 3 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 1 ヶ月以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

Ⅲ. 1ヶ月のご利用料の目安（記入表）

サービス内容	回数 / 月	金 額
介護予防訪問看護（ ） 分未満	回	
理学療法士等（ ）分/1回	回	
サービス提供体制加算	回	
緊急時介護予防訪問看護加算	650 円/月	
特別管理加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	542 円/月 271 円/月	
看護体制強化加算	108 円/月	
専門管理加算	271 円	
初回加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	379 円/月 325 円/月	
退院時共同指導加算 1 回・2 回	650 円/1 回/月	
介護職員等処遇改善加算	× 1.8%/月	
合 計		

※¹月により、訪問回数が変わりますので、料金も変動します。

※²ご提示の金額は目安になりますことをご了承ください。

※³公費負担医療制度等が適用される方は負担金が軽減されます。

約 _____ 円