

別紙 訪問看護料金表（介護保険）

介護報酬単価：10.84円（地域区分4級地）

【1】			単位数	金額(円)	利用者負担額(円)		
					1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護 (要介護)	Ⅰ 1	20分未満	314	3,404	341	681	1,021
	Ⅰ 2	30分未満	471	5,106	511	1,021	1,532
	Ⅰ 3	30分以上1時間未満	823	8,921	893	1,785	2,677
	Ⅰ 4	1時間以上1時間30分未満	1,128	12,228	1,223	2,446	3,669
	Ⅰ 5	理学療法士等による場合（1回20分）	294	3,187	319	638	956
	Ⅰ 5・2超	〃1日に2回を超えて行った場合（1回につき）	265	287	288	575	862
介護予防 訪問看護 (要支援)	Ⅰ 1	20分未満	303	3,285	329	657	986
	Ⅰ 2	30分未満	451	4,889	489	978	1,467
	Ⅰ 3	30分以上1時間未満	794	8,606	861	1,722	2,582
	Ⅰ 4	1時間以上1時間30分未満	1,090	11,816	1,182	2,363	3,545
	Ⅰ 5	理学療法士等による場合（1回20分）	284	3,079	308	616	924
	Ⅰ 5・2超	〃1日に2回を超えて行った場合（1回につき）	142	1,539	154	308	462

※ 准看護師による訪問看護を予定・提供した場合は、上記所定単位数の90%を算定します。

介護報酬単価：10.84円（地域区分4級地）

【2】			単位数	金額(円)	利用者負担額(円)		
					1割負担	2割負担	3割負担
加 算	初回加算【Ⅰ】（退院日又は退所した日に訪問看護提供時）		350	3,794	389	759	1,139
	初回加算【Ⅱ】（新規に訪問看護提供時）		300	3,252	326	651	976
	緊急時訪問看護加算【Ⅰ】（1月につき）		600	6,504	651	1,301	1,952
	早朝・夜間訪問看護加算（初回緊急訪問時を除く）		上記【1】（所定単位数）の25%増				
	深夜訪問看護加算（初回緊急訪問時を除く）		上記【1】（所定単位数）の50%増				
	長時間訪問看護加算（1日につき）		300	3,252	326	651	976
	特別管理加算Ⅰ（1月につき）		500	5,420	542	1,084	1,626
	特別管理加算Ⅱ（1月につき）		250	2,710	271	542	813

加 算	看護体制強化加算Ⅰ（1月につき）	介護1～5	550	5,962	597	1,192	1,789
	口腔連携強化加算（1月につき）		50	542	55	109	163
	サービス提供体制強化加算Ⅱ（1回につき）		3	33	4	7	10
	複数名訪問加算Ⅰ 看護師等／1回につき	30分未満	254	2,753	276	551	826
		30分以上	402	4,358	436	872	1,308
	Ⅱ 看護師・看護補助者／1回につき	30分未満	201	2,179	218	436	654
		30分以上	317	3,436	344	688	1,031
	退院時共同指導加算（1回、特別な場合2回まで）		600	6,504	651	1,301	1,952
	看護・介護職員連携強化加算（1月につき）		250	2,710	271	542	813
	ターミナルケア加算		2,500	27,100	2,710	5,420	8,130

- ※ 早朝は午前6時から午前8時、夜間は午後6時から午後10時、深夜は午後10時から午前6時を言います。
 ※ 地域区分別の単価(4級地 10.84円)を含んでいます。

【利用者負担額の算出方法】

- (1) 上表【1】及び【2】による1か月に利用したサービスの合計単位数（単位毎に小数点以下四捨五入）
- (2) (1) × 介護報酬単価 10.84円（三浦市）＝ 介護報酬（1円未満切捨）
- (3) (2) × (1 - 負担割合証に記載された負担割合) = 保険給付（1円未満切捨）
 負担割合1割の場合：保険給付（1円未満切捨）＝ (2) × (1 - 0.1)
 負担割合2割の場合：保険給付（1円未満切捨）＝ (2) × (1 - 0.2)
 負担割合3割の場合：保険給付（1円未満切捨）＝ (2) × (1 - 0.3)
- (4) (2) - (3) ＝ 利用者負担額（自己負担額）

※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。

【その他利用料（保険外）】

- ・ その他利用料は、別紙「訪問看護料金表（保険外）」をご覧ください。
- ・ 訪問看護指示書の発行には、発行医療機関にお支払い頂く自己負担金が発生します。

令和 年 月 日

上記について説明を受け同意いたします

氏 名

印