

料 金 表（重要事項説明書 別紙）

フレンズ印西訪問看護事業所

介護保険を利用した訪問は、ケアマネージャーの計画を基に実施されます。

利用料金は、1 か月ごとのサービス利用単位数に加算減算を加え、介護報酬単価を乗じて計算いたします。（そのうち利用者負担は1～3割です）

端数処理が生じ、下記金額と一致しない場合もございます。

印西市は5級地、介護報酬単価は1単位=10,70円です。

（1）基本費用

【要介護1～5の方】

対 象	内 容	単 位	利用者負担 (1割)
訪問看護料 看護師等の訪問	30分未満	471単位	504円/1回
	30分～1時間未満	823単位	881円/1回
	1時間～1時間半未満	1128単位	1207円/1回
	1時間半を超える場合	300単位	321円/1回
初回加算	初回の訪問に加算	300単位	321円/1回
初回加算	初回かつ、退院当日の訪問に加算	350単位	375円/1回
退院時共同指導加算		600単位	642円/1回
サービス提供体制強化加算Ⅱ		3単位	4円/回
複数名加算	加算Ⅰ	30分未満 254単位	272円/1回
	看護師2名による訪問	30分以上 402単位	431円/1回
	加算Ⅱ	30分未満 201単位	215円/1回
	看護師と補助者の訪問	30分以上 317単位	340円/1回
早朝夜間割り増し	6～8時、18～22時の時間帯		所定単位数に25%割増
深夜割り増し	22～翌6時の時間帯		所定単位数に50%割増

*** 2割負担（3割）の方は、上記金額の2倍（3倍）の負担額となります。**

要支援の方および、その他の費用（自費）は裏面をご参照ください。

【要支援 1～2 の方】

対 象	内 容	単 位	利用者負担 (1 割)
訪問看護料 看護師等の訪問	30 分未満	451 単位	483 円/1 回
	30 分～1 時間未満	794 単位	850 円/1 回
	1 時間～1 時間半未満	1090 単位	1166 円/1 回
	1 時間半を超える場合	300 単位	321 円/1 回
初回加算	初回の訪問に加算	300 単位	321 円/1 回
初回加算	初回かつ、退院当日の訪問に加算	350 単位	375 円/1 回
退院時共同指導加算		600 単位	642 円/1 回
サービス提供体制強化加算 II		3 単位	4 円/回
複数名加算	加算 I	30 分未満 254 単位	272 円/1 回
	看護師 2 名による訪問	30 分以上 402 単位	431 円/1 回
	加算 II	30 分未満 201 単位	215 円/1 回
	看護師と補助者の訪問	30 分以上 317 単位	340 円/1 回
早朝・夜間割り増し	6～8 時、18～22 時の時間帯	所定単位に 25%割増	
深夜割り増し	22～翌 6 時の時間帯	所定単位に 50%割増	

*** 2割負担（3割）の方は、上記金額の 2倍（3倍）の負担額となります。**

(2) 保険外費用（自費）

1, 通常の範囲外の交通費（印西市を越えた地点から） 100 円/Km

2, サービスキャンセル料

利用予定当日にサービスをキャンセルされた場合 2,000 円/回

* 体調不良による医療機関への受診等、やむを得ない場合は対象外とします。

3, エンゼルケア（死後の処置料） 20,000 円