

訪問看護・介護予防訪問看護 サービス利用料金表

●利用者負担額

令和8年10月

自己負担額1単位×10.84（地域区分4級地）にて料金を計算しております。

●訪問看護費（1回につき）

		単位数		1割		2割		3割	
	内容・サービス提供時間	介護	予防	介護	予防	介護	予防	介護	予防
I-2	30分未満	471	451	511円	489円	1,021円	978円	1,532円	1,467円
I-3	60分未満	823	794	893円	861円	1,785円	1,722円	2,677円	2,582円
I-4	90分未満	1,128	1,090	1,223円	1,182円	2,446円	2,363円	3,669円	3,545円
I-5（PT・OT等）	リハビリ（20分×2）	588	568	638円	616円	1,275円	1,232円	1,912円	1,848円
I-5超（PT・OT等）	リハビリ（20分×3）	795	426	862円	462円	1,724円	924円	2,586円	1,386円

※PT(理学療法士) OT(作業療法士) だけの訪問はありません。定期的に看護師が訪問し連携します。

※理学療法士等が利用開始の属する月から 12月超の利用者に介護（予防）訪問看護を行った場合は、1回につき8単位が減算されます。

●以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます

（対象の方のみ *該当項目に☑）

*該当する場合月の初日にご請求

☐	緊急時訪問看護加算 I	600単位/月	651円	1,301円	1,952円
☐	特別管理加算 I	500単位/月	542円	1,084円	1,626円
☐	特別管理加算 II	250単位/月	271円	542円	813円
☒	介護職員等処遇改善加算	1月あたりの総単位数×1.8%			

※支給限度基準額の外での算定となります。

*該当する場合その都度ご請求

☐	●長時間訪問看護加算	300単位/回	325円	650円	976円
☐	●初回加算 I（退院・退所当日）	350単位/月	379円	759円	1,138円
☐	●初回加算 II（通常）	300単位/月	325円	650円	976円
☐	●退院時共同指導加算	600単位/回	651円	1,301円	1,952円
☐	●早朝・夜間・深夜料金	早朝（朝6時～8時）夜間（18時～20時） 基本利用料の25%増 深夜（22時～翌朝6時） 基本利用料の50%増			
☐	●複数名訪問加算 I・II	看護師 補助者 (30分未満) 254単位 201単位 (30分以上) 402単位 317単位	看護師 補助者 276円 218円 436円 344円	看護師 補助者 551円 436円 872円 687円	看護師 補助者 826円 654円 1,308円 1,031円
☐	●口腔連携強化加算	50単位/月	55円	109円	163円
☐	●ターミナルケア加算	2500単位/回	2,710円	5,420円	8,130円

※支給限度基準額の外での算定となります。

●自費・差額実費等の料金

（自費）看護師によるの訪問	（30分）4,500円（60分未満）9,000円等
（リハビリ）看護師によるの訪問	（20分）3,200円（40分）6,400円等
早朝・夜間・深夜	25%・50%増
営業日以外の場合	1回3,000円加算
緊急搬送等によるタクシー・その他交通費	実費（外税）
日常生活用具・物品・材料費等	実費（外税）
永眠時の処置代	20,000円（外税）



ほのか訪問看護ステーション

加算項目	サービス内容
緊急時訪問看護加算Ⅰ	24時間対応できる体制を整備し、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合
特別管理加算Ⅰ	在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態。 ＊厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする場合
特別管理加算Ⅱ	在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や人工肛門、真皮を超える褥瘡の状態等 ＊厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする場合
介護職員等処遇改善加算	介護・福祉人材の安定的な確保と、さらなる福祉サービスの処遇改善を図るための国の制度に基づき、所定の割合を算定
長時間訪問看護加算	特別管理加算対象者に90分を超える訪問看護を行った場合。
初回加算Ⅰ	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、訪問看護を提供した場合。 ＊病院等や介護保険施設から退院又は退所した日
初回加算Ⅱ	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、訪問看護を提供した場合。 ＊病院等や介護保険施設から退院又は退所した日の翌日以降
退院時共同指導加算	入院中の方に対して主治医と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合、初回の訪問看護の際に1回（特別な管理を要する方の場合2回）
複数名加算	同時に複数の看護師が訪問看護を行った場合
口腔連携強化加算	看護師等が口腔の健康状態を評価し、連携する歯科医療機関やケアマネジャーへ情報提供を行った場合
ターミナルケア加算	在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものは1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む）

● 提供予定の指定訪問看護の内容と利用料、利用者負担額等

曜日	訪問時間帯	頻 度	サービス内容	利用者負担額
月	： ～ ：	毎週（ ）	看護・リハビリ	円
火	： ～ ：	毎週（ ）	看護・リハビリ	円
水	： ～ ：	毎週（ ）	看護・リハビリ	円
木	： ～ ：	毎週（ ）	看護・リハビリ	円
金	： ～ ：	毎週（ ）	看護・リハビリ	円

● その他の費用

①各種加算料	円
②交通費の有無	重要事項説明書4－③記載のとおりです。
③キャンセル料	重要事項説明書4－④記載のとおりです。

● 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額）とその他の費用の合計の目安

お支払い額の目安	約 円
----------	-----

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより、実際の請求と合計の目安とは小数点以下の処理から誤差が発生する場合があります。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

上記、訪問看護サービスの料金表と加算の同意書を受領し、説明を受け、必要に応じ加算することを同意します。

同意日 令和 年 月 日

利用者様 氏名

ご家族・代理人様 氏名（続柄 ）