

料金早見表（1割負担）

令和6年6月1日

\*金額には訪問看護サービス提供体制加算 3単位を含んでいます。  
 \*同一建物に対する減算に該当する場合、基本単位数の10%減となります。  
 \*金額は目安となりますので、1円～10円の誤差が生じます。 1単位あたり 11.12円

訪問看護費	サービス内容略称	介護度	単位数	目安金額			
				1回あたり	月2回	週1回（月4回）	週2回（月8回）
*夜間（18：00～22：00）、6：00～8：00）、深夜（22：00～6：00）							
20分未満	予防看Ⅰ1	要支援	306	¥341	/	/	/
夜間（25%加算）	予防看Ⅰ1・夜間			¥445			
深夜（50%加算）	予防看Ⅰ1・深夜			¥509			
	訪問看護Ⅰ1	要介護	317	¥353	/	/	/
夜間（25%加算）	訪問看護Ⅰ1・夜間			¥440			
深夜（50%加算）	訪問看護Ⅰ1・深夜			¥527			
30分未満	予防看Ⅰ2	要支援	454	¥505	¥1,010	¥2,020	¥4,040
夜間（25%加算）	予防看Ⅰ2・夜間			¥631			
深夜（50%加算）	予防看Ⅰ2・深夜			¥756			
	訪問看護Ⅰ2	要介護	474	¥527	¥1,054	¥2,108	¥4,216
夜間（25%加算）	訪問看護Ⅰ2・夜間			¥658			
深夜（50%加算）	訪問看護Ⅰ2・深夜			¥790			
30分以上1時間未満	予防看Ⅰ3	要支援	797	¥887	¥1,774	¥3,548	¥7,096
夜間（25%加算）	予防看Ⅰ3・夜間			¥1,108			
深夜（50%加算）	予防看Ⅰ3・深夜			¥1,328			
	訪問看護Ⅰ3	要介護	826	¥919	¥1,838	¥3,676	¥7,352
夜間（25%加算）	訪問看護Ⅰ3・夜間			¥1,148			
深夜（50%加算）	訪問看護Ⅰ3・深夜			¥1,377			
1時間以上1時間30分未満	予防看Ⅰ4	要支援	1093	¥1,216	¥2,432	¥4,864	¥9,728
夜間（25%加算）	予防看Ⅰ4・夜間			¥1,519			
深夜（50%加算）	予防看Ⅰ4・深夜			¥1,822			
	訪問看護Ⅰ4	要介護	1131	¥1,258	¥2,516	¥5,032	¥10,064
夜間（25%加算）	訪問看護Ⅰ4・夜間			¥1,571			
深夜（50%加算）	訪問看護Ⅰ4・深夜			¥1,885			
リハビリテーション				1回あたり	月2回	週1回（月4回）	週2回（月8回）
20分	予防看Ⅰ5	要支援	287	¥320	¥640	¥1,280	¥2,560
40分	予防看Ⅰ5×2		574	¥646	¥1,292	¥2,584	¥5,168
60分	予防看Ⅰ5×2+超		435	¥483	¥966	¥1,932	¥3,864
20分	訪問看護Ⅰ5	要介護	297	¥331	¥662	¥1,324	¥2,648
40分	訪問看護Ⅰ5×2		594	¥662	¥1,324	¥2,648	¥5,296
60分	訪問看護Ⅰ5×2+超		795	¥884	¥1,768	¥3,536	¥7,072
定期巡回・随時対応型訪問介護事業所との連携による訪問				1月あたり*サービス提供体制強化加算50単位を含んでいます			
定期巡回訪問看護			要介護 1~4	3011	¥3,349		
定期巡回訪問看護			要介護 5	3811	¥4,239		

加算	単位数	自己負担金
緊急時訪問看護加算Ⅰ（体制確保）	600	¥668
緊急時訪問看護加算Ⅱ	574	¥639
訪問看護特別管理加算Ⅰ	500	¥556
訪問看護特別管理加算Ⅱ	250	¥278
訪問看護初回加算Ⅰ *初回訪問月のみ（退院・退所日）	350	¥390
訪問看護初回加算Ⅱ *初回訪問月のみ	300	¥334
口腔連携強化加算	50	¥56
訪問看護ターミナルケア加算 *死亡月のみ	2500	¥2,780
*緊急時訪問看護加算を算定している方は、夜間に緊急訪問を行った場合、日中の料金設定になります。 月2回目以降の夜間の緊急訪問は、夜朝・深夜の加算が算定されます。 *緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算は、区分限度支給額には含まれません。		
複数名訪問加算 30分未満	254	¥283
30分以上	402	¥447
長時間訪問看護加算	300	¥334
退院時共同指導加算	600	¥668
看護介護連携強化加算	250	¥278
* 月1回の算定		
* 訪問1回毎		

介護保険適用外料金	単位：円
死後の処置	16,500
訪問範囲を超える地域への交通費（通常実施区域を超える片道分1kmにつき）	110
キャンセル料	ご利用24時間前までの連絡あり
	ご利用24時間前までの連絡なし
	当該基本料金の50%

料金について説明を受け、同意します。 令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

事業所名 訪問看護ステーションこまえ正吉苑

説明者 \_\_\_\_\_