

訪問看護料金表(訪問看護・介護予防訪問看護)

1単位=10.7円(5級地)

令和6年6月1日改定

区分	項目	対象範囲	単位	1割負担	2割負担	3割負担		
基本	看護師又は 准看護師 による訪問	(1)20分未満	介護保険	314単位/回	336円	672円	1,008円	
			予防介護	303単位/回	325円	649円	973円	
		(2)30分未満	介護保険	471単位/回	504円	1,008円	1,512円	
			予防介護	451単位/回	483円	965円	1,448円	
		(3)30分以上 60分未満	介護保険	823単位/回	881円	1,762円	2,642円	
			予防介護	794単位/回	850円	1,699円	2,549円	
		(4)60分以上 90分未満	介護保険	1128単位/回	1,207円	2,414円	3,621円	
			予防介護	1090単位/回	1,167円	2,333円	3,499円	
		理学療法士等 による訪問	(5)20分/回	介護保険	294単位/回	315円	629円	944円
				予防介護	284単位/回	304円	608円	912円
保険適用内	サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	1回毎	3単位/回	4円	7円	10円		
	特別管理 加算(Ⅰ)	訪問看護料金表(詳細) 注2 参照	500単位/月	535円	1,070円	1,605円		
	特別管理 加算(Ⅱ)	訪問看護料金表(詳細) 注2 参照	250単位/月	267円	535円	801円		
	緊急時訪問 看護加算(Ⅱ)	ご利用者の希望に より契約された場合	574単位/月	615円	1,229円	1,843円		
	夜間・早朝 加算	18:00～21:59(夜間) 6:00～7:59(早朝)	基本利用料 ×25%/回	基本利用料×25%/回				
	深夜加算	22:00～5:59(深夜)	基本利用料 ×50%/回	基本利用料×50%/回				
	長時間訪問 看護加算	90分を超える訪問	300単位/回	321円	642円	963円		
	初回加算	新規に訪問看護を 開始された方	(Ⅰ)350単位/月	375円	749円	1,124円		
			(Ⅱ)300単位/月	321円	642円	963円		
	退院時共同 指導加算	退院又は退所後に 初回の訪問看護を 実施した場合	600単位/回	642円	1,284円	1,926円		
	複数名訪問 看護加算Ⅰ	2人以上の看護師等 が訪問した場合	30分未満 254単位/回	272円	544円	816円		
			30分以上 402単位/回	431円	861円	1,291円		
	複数名訪問 看護加算Ⅱ	看護師等と看護補助者 (訪問看護料金表(詳細) 注3)が訪問した場合	30分未満 201単位/回	215円	430円	645円		
30分以上 317単位/回			340円	679円	1,018円			
ターミナルケア 加算	在宅でのターミナル ケアを実施した場合	2500単位/月	2,675円	5,350円	8,025円			

加算

保険適用内	加算	看護介護職員 連携強化加算	訪問介護事業所と 連携を実施した場合	250単位/月	267円	535円	803円
		定期巡回・随時対応型 訪問介護看護事業所との 連携に対する加算		2945単位/月 800単位/月 50単位/月 △97単位/日	3,152円 856円 54円 △103円	6,303円 1,712円 107円 △207円	9,454円 2,568円 161円 △311円

保険適用外	永眠時の処置	死後の処置を 実施した場合	20,000円	お看取りや死後の処置を行った場合ご請求いたします ※介護予防訪問看護にはありません		
	交通費 (実施地域 を越えた 片道距離)	4Km未満 一律	250円/回	小田原市、南足柄市、松田町、開成町、大井町、 山北町、真鶴町、湯河原町、熱海市の一部(伊豆山・泉) 以外の地域に訪問した場合にご請求致します		
		4Km～8Km未満	400円/回			
	8Km～10Km未満	500円/回				
10Km以上	1,000円/回					
		10Km以上1Km毎	100円加算			
	キャンセル料		2,000円	前営業日の17:30を過ぎでのキャンセルは、キャンセル料をいただきます。		

- ※ 理学療法士等が提供する訪問看護・介護予防訪問看護の利用が看護師の訪問回数を超える場合は、訪問看護・介護予防訪問看護費から8単位減算となります。
- ※ 理学療法士等が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合は、介護予防訪問看護費から15単位減算となります。
- ※ 緊急時訪問看護の契約を頂いていない方は、原則としてケアプランで定められた訪問以外の急変時の対応や時間外の電話相談はお受けできません。

利用者負担額の算出方法

1割負担	地域単価(10.7円)×単位数=〇〇円	$〇〇円 - \{〇〇円 \times 0.9(1円未満切り捨て)\} = \Delta\Delta円$
2割負担		$〇〇円 - \{〇〇円 \times 0.8(1円未満切り捨て)\} = \Delta\Delta円$
3割負担		$〇〇円 - \{〇〇円 \times 0.7(1円未満切り捨て)\} = \Delta\Delta円$

あなたの自己負担金額は、毎月約 _____ 円です。(月 _____ 回利用で算出)

上記料金表について説明を受け、了承致しました

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご利用者氏名 _____

代理人・代筆者氏名 _____