

訪問看護 料金表

令和 8 年 6 月 1 日現在

1 訪問看護の介護報酬に係る費用

	地域区分	地域単価			
	7級地	10.21	円		
訪問看護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
指定訪問看護ステーションの場合					24時間体制、週1回以上
（1）所要時間20分未満の場合	314	321	641	962	
（2）所要時間30分未満の場合	471	481	962	1,443	
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	823	841	1,681	2,521	
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,128	1,152	2,304	3,455	
（5）理学療法士等による訪問の場合	294	301	601	901	1回につき
1日に2回を超えて訪問看護を行った場合（90％）	265	271	541	812	1回につき
指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合	2,961	3,024	6,047	9,070	1月につき
複数名訪問加算（Ⅰ）					1回につき
所要時間30分未満の場合（複数名看護師等）	254	260	519	778	
所要時間30分以上の場合（複数名看護師等）	402	411	821	1,232	
複数名訪問加算（Ⅱ）					1回につき
所要時間30分未満の場合（看護師等＋看護補助者）	201	206	411	616	
所要時間30分以上の場合（看護師等＋看護補助者）	317	324	648	971	
長時間訪問看護加算	300	307	613	919	1回につき1時間30分以上
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）					1月につき
訪問看護ステーション	600	613	1,226	1,838	
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）					1月につき
訪問看護ステーション	574	586	1,172	1,758	
特別管理加算（Ⅰ）	500	511	1,021	1,532	1月につき
特別管理加算（Ⅱ）	250	256	511	766	1月につき
ターミナルケア加算	2,500	2,553	5,105	7,658	死亡月につき
初回加算（Ⅰ）	350	358	715	1,072	1月につき
初回加算（Ⅱ）	300	307	613	919	1月につき
退院時共同指導加算	600	613	1,226	1,838	1回(特別な管理を必要とする利用者は2回)に限り
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について					
（1）理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合	-8	-9	-18	-27	1回につき
（2）看護職員の訪問回数が理学療法士等の訪問回数を超えているが、特定の加算を算定していない場合	-8	-9	-18	-27	1回につき
准看護師による訪問看護を行った場合	所定単位数×90/100				
早朝・夜間、深夜の訪問看護の場合					
（1）夜間（午後6時～午後10時）・早朝（午前6時～午前8時）	所定単位数×25/100を加算				
（2）深夜（午後10時～午前6時）	所定単位数×50/100を加算				
同一敷地内建物等に居住する利用者の場合					
（1）事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者の場合	所定単位数×90/100				
（2）同一の建物に20人以上利用者が居住する場合	所定単位数×90/100				
（3）事業所と同一敷地内建物等に50人以上利用者が居住する場合	所定単位数×85/100				
介護職員等処遇改善加算	(介護報酬総単位数 ^{※1} ×1.8％) ^{※2} ×地域単価			1月につき	

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算等の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））

*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×地域単価＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

住居以外での訪問看護や訪問上限回数以上の訪問等の 保険給付対象外のサービス	30分未満	4,500円
	60分未満	6,500円
	90分未満	13,000円
エンゼルケア	亡くなられた後の処置（処置材料代含む）	20,000円
交通費	公共交通機関を使用する場合	実費
	自動車を使用する場合通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費1kmあたり	30円
キャンセル料	ご利用の前日の17時までにご連絡いただいた場合	0円
	上記時間以降	利用料の自己負担相当額

本書面により説明を受け同意しました。

令和 年 月 日☒

利用者☒氏名)

代理人または立会人等☒氏名)

代理人または立会人等☒氏名)

介護予防訪問看護 料金表

令和 8 年 6 月 1 日現在

1 介護予防訪問看護の介護報酬に係る費用

	地域区分	地域単価			
	7級地	10.21	円		
介護予防訪問看護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
指定介護予防訪問看護ステーションの場合					
（1）所要時間20分未満の場合	303	310	619	928	24時間体制、週1回以上
（2）所要時間30分未満の場合	451	461	921	1,382	
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	794	811	1,622	2,432	
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,090	1,113	2,226	3,339	
（5）理学療法士等による訪問の場合	284	290	580	870	1回につき
1日に2回を超えて訪問看護を行った場合（50％）	142	145	290	435	1回につき
複数名訪問加算（Ⅰ）					1回につき
所要時間30分未満の場合（複数看護師等）	254	260	519	778	
所要時間30分以上の場合（複数看護師等）	402	411	821	1,232	
複数名訪問加算（Ⅱ）					1回につき
所要時間30分未満の場合（看護師等＋看護補助者）	201	206	411	616	
所要時間30分以上の場合（看護師等＋看護補助者）	317	324	648	971	
長時間介護予防訪問看護加算	300	307	613	919	1回につき1時間30分以上
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅰ）					1月につき
訪問看護ステーション	600	613	1,226	1,838	
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅱ）					1月につき
訪問看護ステーション	574	586	1,172	1,758	
特別管理加算（Ⅰ）	500	511	1,021	1,532	1月につき
特別管理加算（Ⅱ）	250	256	511	766	1月につき
初回加算（Ⅰ）	350	358	715	1,072	1月につき
初回加算（Ⅱ）	300	307	613	919	1月につき
退院時共同指導加算	600	613	1,226	1,838	1回(特別な管理を必要とする利用者については2回)に限り
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について					
（1）理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合	-8	-9	-18	-27	1回につき
（2）看護職員の訪問回数が理学療法士等の訪問回数を超えていないが、特定の加算を算定していない場合	-8	-9	-18	-27	1回につき
（3）指定介護予防看護の利用が12月を超える場合で、（1）（2）を算定している場合	-15	-17	-34	-50	1回につき
（4）指定介護予防看護の利用が12月を超える場合で、（1）（2）を算定していない場合	-5	-6	-11	-17	1回につき
准看護師による訪問看護を行った場合	所定単位数×90/100				
早朝・夜間、深夜の訪問看護の場合					
（1）夜間（午後6時～午後10時）・早朝（午前6時～午前8時）	所定単位数×25/100を加算				
（2）深夜（午後10時～午前6時）	所定単位数×50/100を加算				
同一敷地内建物等に居住する利用者の場合					
（1）事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者の場合	所定単位数×90/100				
（2）同一の建物に20人以上利用者が居住する場合	所定単位数×90/100				
（3）事業所と同一敷地内建物等に50人以上利用者が居住する場合	所定単位数×85/100				
介護職員等処遇改善加算	(介護報酬総単位数 ^{※1} ×1.8％) ^{※2} ×地域単価				1月につき

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算
※2 1単位未満の端数四捨五入
※3 介護職員処遇改善加算等の利用者負担額は、上記額－（上記額×負担割合（1円未満切り捨て））
※利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法
単位数×11.12円＝〇〇円（1円未満切り捨て）
〇〇円－（〇〇円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）
※利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。
ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

2 その他の費用

住居以外での訪問看護や訪問上限回数以上の訪問等の 保険給付対象外のサービス	30分未満	4,500円
	60分未満	6,500円
	90分未満	13,000円
エンゼルケア	亡くなられた後の処置（処置材料代含む）	20,000円
交通費	公共交通機関を使用する場合	実費
※2km未満は無料 ※当事業所の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料	自動車を使用する場合通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費1kmあたり	30円
キャンセル料	ご利用の前日の17時までにご連絡いただいた場合	0円
	上記時間以降	利用料の自己負担相当額

本書面により説明を受け同意しました。 令和 年 月 日☒

利用者☒氏名) 代理人または立会人等☒氏名)

代理人または立会人等☒氏名)