

訪問看護ステーション虹彩利用料金表（介護訪問看護）

【基本料金】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
訪問看護 I 1 (20分未満)	3,110 円	311 円	622 円	1回の訪問につき
訪問看護 I 2 (30分未満)	4,670 円	467 円	934 円	1回の訪問につき
訪問看護 I 3 (30分以上60分未満)	8,160 円	816 円	1,632 円	1回の訪問につき
訪問看護 I 4 (60分以上90分未満)	11,180 円	1,118 円	2,236 円	1回の訪問につき
定期巡回・随時対応型 訪問介護事業者と連携	29,350 円	2,935 円	5,870 円	月額定額 介護5の利用者は自己負担800円

【加算関係等】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
特別管理加算 I	5,000 円	500 円	1,000 円	1ヶ月につき
特別管理加算 II	2,500 円	250 円	500 円	1ヶ月につき
緊急時訪問加算	5,740 円	574 円	1,148 円	1ヶ月につき
ターミナルケア加算	20,000 円	2,000 円	4,000 円	1回
退院時共同指導加算	8,000 円	800 円	1,600 円	初回訪問時
初回加算	3,000 円	300 円	600 円	初回訪問時
長時間訪問看護加算	3,000 円	300 円	600 円	1回につき
早朝・夜間加算 6時～8時 18時～22時	所定単位数の50%			1回につき
深夜加算 22時～6時	所定単位数の25%			1回につき
複数名訪問看護加算 (30分未満)	2,540 円	254 円	508 円	1回につき
複数名訪問看護加算 (30分以上)	4,020 円	402 円	804 円	1回につき

※加算要件等詳細は別紙【加算要件説明書】

【介護保険外サービス】

介護保険・医療保険対象外の訪問・入院中での外泊時など 保険を使えない・使わない場合など		8,140 円	1回につき（概ね1時間）
エンゼルケア	日中	10,000 円	営業日 8時30分～17時30分
	夜間・営業日以外	15,000 円	営業日以外 18時～8時

【キャンセル規定】

①	利用日の前日17時までに連絡をいただいた場合	無料
②	利用日当日にご連絡をいただいた場合	利用料金の10%
③	ご連絡がなかった場合	利用料金の50%

【交通費】

①	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以内 500円
②	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以上 1,000円

【その他】

①	利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用は利用者の負担になります。
---	--

平成30年4月1日現在

【加算要件等説明書（介護保険）】

	加算名	要件等
①	特別管理加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める状態のイに該当する利用者に対し、訪問看護に関する計画的な管理を行っている場合
②	特別管理加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める状態のロ・ハ・ニ・ホに該当する利用者に対し、訪問看護に関する計画的な管理を行っている場合
③	緊急時訪問看護加算	利用者又はその家族等に対して24時間の連絡体制にあり、必要に応じて、緊急訪問を行う体制にある場合
④	ターミナルケア加算 (介護予防を除く)	※訪問看護のみ算定可能 死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを行った場合
⑤	退院時共同指導加算	病院・診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における指導を行い、文書により提供した場合に、退院後又は退所後の初回訪問看護時に算定、 ※特別な管理を必要とする者には月2回
⑥	初回加算	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合に初回訪問時に算定。
⑦	長時間訪問看護加算	厚生労働大臣が定める状態イ・ロ・ハ・ニ・ホに該当する利用者に対し一時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続き訪問看護を行い、所要時間が1時間30分以上となる場合
⑧	早朝・夜間加算	早朝 午前6時～8時 夜間 午後6時～22時 に訪問看護を提供した場合
⑨	深夜加算	深夜 午後22時～午前6時 に訪問看護を提供した場合
⑩	複数名訪問看護加算（30分未満）	同時に二人の看護師が一人の利用者に対して、利用者・家族の同意を得て、訪問看護を提供した場合
⑪	複数名訪問看護加算（30分以上）	

下記の厚生労働省が定める疾病等の患者に際しては、医療保険適用となります。

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 末期の悪性腫瘍 ② 多発性硬化症 ③ 重症筋無力症 ④ スモン ⑤ 筋委縮性側索硬化症 ⑥ 脊髄小脳変性症 ⑦ ハンチントン病 ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 ⑨ パーキンソン病関連疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ⑩ プリオン病 ⑪ 亜急性硬化性全脳炎 ⑫ ライソゾーム病 ⑬ 副腎白質ジストロフィー ⑭ 脊髄性筋委縮症 ⑮ 球脊髄性筋委縮症 ⑯ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑰ 後天性免疫不全症候群 ⑱ 頸髄損傷及び人口呼吸器を使用している状態 |
|--|--|

※進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールのステージ3以上又は生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度に限る）

⑩ 多系統萎縮症
※線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群

【厚生労働大臣が定める状態等】

- イ) 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧患者指導管理を受けている状態
- ハ) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ) 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ) 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

訪問看護ステーション虹彩利用料金表（介護予防訪問看護）

【基本料金】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
訪問看護Ⅰ 1 (20分未満)	3,000 円	300 円	600 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 2 (30分未満)	4,480 円	448 円	896 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 3 (30分以上60分未満)	7,870 円	787 円	1,574 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 4 (60分以上90分未満)	10,800 円	1,080 円	2,160 円	1回の訪問につき
定期巡回・随時対応型 訪問介護事業者と連携	29,350 円	2,935 円	5,870 円	月額定額 介護5の利用者は自己負担800円

【加算関係等】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
特別管理加算Ⅰ	5,000 円	500 円	1,000 円	1ヶ月につき
特別管理加算Ⅱ	2,500 円	250 円	500 円	1ヶ月につき
緊急時訪問加算	5,740 円	574 円	1,148 円	1ヶ月につき
退院時共同指導加算	8,000 円	800 円	1,600 円	初回訪問時
初回加算	3,000 円	300 円	600 円	初回訪問時
長時間訪問看護加算	3,000 円	300 円	600 円	1回につき
早朝・夜間加算 6時～8時 18時～22時	所定単位数の50%			1回につき
深夜加算 22時～6時	所定単位数の25%			1回につき
複数名訪問看護加算 (30分未満)	2,540 円	254 円	508 円	1回につき
複数名訪問看護加算 (30分以上)	4,020 円	402 円	804 円	1回につき

※加算要件等詳細は別紙【加算要件説明書】

【介護保険外サービス】

介護保険・医療保険対象外の訪問・入院中での外泊時など 保険を使えない・使わない場合など	8,140 円	1回につき（概ね1時間）
エンゼルケア	日中	10,000 円 営業日 8時30分～17時30分
	夜間・営業日以外	15,000 円 営業日以外 18時～8時

【キャンセル規定】

①	利用日の前日17時までに連絡をいただいた場合	無料
②	利用日当日にご連絡をいただいた場合	利用料金の10%
③	ご連絡がなかった場合	利用料金の50%

【交通費】

①	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以内 500円
②	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以上 1,000円

【その他】

①	利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用は利用者の負担になります。
---	--

平成30年4月1日現在

訪問看護ステーション虹彩利用料金表（介護保険適用）

【基本料金】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
訪問看護Ⅰ 1 (20分未満)	3,100 円	310 円	620 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 2 (30分未満)	4,630 円	463 円	926 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 3 (30分以上60分未満)	8,140 円	814 円	1,628 円	1回の訪問につき
訪問看護Ⅰ 4 (60分以上90分未満)	11,170 円	1,117 円	2,234 円	1回の訪問につき
定期巡回・随時対応型 訪問介護事業者と連携	29,350 円	2,935 円	5,870 円	月額定額 介護5の利用者は自己負担800円

【加算関係等】

	1回あたりの 利用料金	自己負担 1割	自己負担 2割	備考
特別管理加算Ⅰ	5,000 円	500 円	1,000 円	1ヶ月につき
特別管理加算Ⅱ	2,500 円	250 円	500 円	1ヶ月につき
緊急時訪問加算	5,400 円	540 円	1,080 円	1ヶ月につき
ターミナルケア療養費	20,000 円	2,000 円	4,000 円	1回
退院時共同指導加算	6,000 円	600 円	1,200 円	初回訪問時
初回加算	3,000 円	300 円	600 円	初回訪問時
長時間訪問看護加算	3,000 円	300 円	600 円	1回につき
早朝・夜間加算 6時～8時 18時～22時	所定単位数の50%			1回につき
深夜加算 22時～6時	所定単位数の25%			1回につき
複数名訪問看護加算 (30分未満)	2,540 円	254 円	508 円	1回につき
複数名訪問看護加算 (30分以上)	4,020 円	402 円	804 円	1回につき

※加算要件等詳細は別紙【加算要件説明書】

【介護保険外サービス】

介護保険・医療保険対象外の訪問・入院中での外泊など 保険を使えない・使わない場合など		8,140 円	1回につき（概ね1時間）
エンゼルケア	日中	10,000 円	営業日 8時30分～17時30分
	夜間・営業日以外	15,000 円	営業日以外 18時～8時

【キャンセル規定】

①	利用日の前日17時までに連絡をいただいた場合	無料
②	利用日当日にご連絡をいただいた場合	利用料金の10%
③	ご連絡がなかった場合	利用料金の50%

【交通費】

①	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以内 500円
②	通常の事業の実施区域を越えてサービス提供を行った場合	5km以上 1,000円

【その他】

①	利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用は利用者の負担になります。
---	--

平成28年12月1日現在

【加算要件等説明書（介護保険）】

	加算名	要件等
①	特別管理加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める状態のイに該当する利用者に対し、訪問看護に関する計画的な管理を行っている場合
②	特別管理加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める状態のロ・ハ・ニ・ホに該当する利用者に対し、訪問看護に関する計画的な管理を行っている場合
③	緊急時訪問看護加算	利用者又はその家族等に対して24時間の連絡体制にあり、必要に応じて、緊急訪問を行う体制にある場合
④	ターミナルケア療養費	※訪問看護のみ算定可能 死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを行った場合
⑤	退院時共同指導加算	病院・診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における指導を行い、文書により提供した場合に、退院後又は退所後の初回訪問看護時に算定、 ※特別な管理を必要とする者には月2回
⑥	初回加算	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合に初回訪問時に算定。
⑦	長時間訪問看護加算	厚生労働大臣が定める状態イ・ロ・ハ・ニ・ホに該当する利用者に対し一時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続き訪問看護を行い、所要時間が1時間30分以上となる場合
⑧	早朝・夜間加算	早朝 午前6時～8時 夜間 午後6時～22時 に訪問看護を提供した場合
⑨	深夜加算	深夜 午後22時～午前6時 に訪問看護を提供した場合
⑩	複数名訪問看護加算（30分未満）	同時に二人の看護師が一人の利用者に対して、利用者・家族の同意を得て、訪問看護を提供した場合
⑪	複数名訪問看護加算（30分以上）	

下記の厚生労働省が定める疾病等の患者に際しては、医療保険適用となります。

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 末期の悪性腫瘍 ② 多発性硬化症 ③ 重症筋無力症 ④ スモン ⑤ 筋委縮性側索硬化症 ⑥ 脊髄小脳変性症 ⑦ ハンチントン病 ⑧ 進行性筋ジストロフィー症 ⑨ パーキンソン病関連疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ⑩ プリオン病 ⑪ 亜急性硬化性全脳炎 ⑫ ライソゾーム病 ⑬ 副腎白質ジストロフィー ⑭ 脊髄性筋委縮症 ⑮ 球脊髄性筋委縮症 ⑯ 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑰ 後天性免疫不全症候群 ⑱ 頸髄損傷及び人口呼吸器を使用している状態 |
|--|--|

※進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールのステージ3以上又は生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度に限る）

⑩ 多系統萎縮症
※線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群

【厚生労働大臣が定める状態等】

- イ) 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ロ) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧患者指導管理を受けている状態
- ハ) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ) 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ) 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態