

訪問看護 サービス料金表(介護保険)

2024年6月改訂 鴻巣市6級地 1単位10.42円 (円)

	サービス内容略称		算定項目	単位数	基本利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	訪問看護	営業時間内の 料金	20分未満	314	3,271	328	655	982
			30分未満	471	4,907	491	982	1,473
			30分以上1時間未満	823	8,575	858	1,715	2,573
			1時間以上1時間30分未満	1,128	11,753	1,176	2,351	3,526
	予防訪問看護		20分未満	303	3,157	316	632	948
			30分未満	451	4,699	470	940	1,410
			30分以上1時間未満	794	8,273	828	1,655	2,482
			1時間以上1時間30分未満	1,090	11,357	1,136	2,272	3,408
	◎早朝6～8時・夜間18～22時は25%割増 ◎深夜22～6時 50%割増							
	複数名訪問加算	同日に複数看護 師訪問	30分未満	254	2,646	265	530	794
30分以上			402	4,188	419	838	1,257	
	長時間訪問看護加算	特別な管理を要する利用者90分を超える訪問看護	300	3,126	313	626	938	
	退院時共同加算	病院・老健に入院・入所中の方が退院や退所の際に訪問看護ステーションの看護師等が退院時共同指導を行った場合、初回の訪問看護実施時に算定	600	6,252	626	1,251	1,876	
	緊急時訪問看護加算 (月の初回訪問時に加算)	利用者等の同意を得て計画的な訪問以外の緊急訪問を行う場合 ※ご契約の方は24時間対応いたします。	600	6,252	626	1,251	1,876	
	特別加算(Ⅰ)	在宅悪性腫瘍患者指導管料等対象者・留置カテーテル等使用している利用者に対する加算	500	5,210	521	1,042	1,563	
	特別加算(Ⅱ)	在宅酸素療法指導管理料等を受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態等の利用者に対する加算	250	2,605	261	521	782	
	初回加算(Ⅰ)	退院当日に初回訪問	350	3,647	365	729	1,094	
	初回加算(Ⅱ)	退院翌日以降に初回訪問	300	3,126	313	626	938	
	ターミナルケア加算	ターミナルケアを行った場合に死亡月に算定	2,500	26,050	2,605	5,210	7,815	
	リハビリテーション(介護)	理学療法士・作業療法士・言語療法士によるリハビリ実施	294	3,603	360	721	1,081	
	リハビリテーション(要支援)	理学療法士・作業療法士・言語療法士によるリハビリ実施	284	2,959	296	592	888	
	サービス提供体制強化加算	看護師勤続年数7年以上30%	6	62	7	13	19	
		看護師勤続年数3年以上30%	3	31	4	7	10	
	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護			2,961				

介護保険以外の料金表

長時間訪問看護料金	90分以上30分毎	3,500	◎早朝(6～8時)と夜間(18～22時)25%割増 ◎深夜22～6時 50%割増
自費の訪問看護	30分毎	3,500	
エンゼルケア	おからだをきれいにいたします		20,000
交通費	訪問車使用	2km未満	100
		2km以上	200
	深夜訪問時のみ交通費		1,500

※ 日常生活用具、物品、材料等は実費とさせていただきます。

※ 区分支給額を超えサービスをご利用する時は、全額自己負担になります。

健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険等の加入保険の負担金割合（1～3割）により算定します。

◎介護保険から医療保険への適用保険変更

介護保険の要支援・要介護を受けた方でも、次の場合は、自動的に適用保険が介護保険から医療保険に適応になります。

1 厚生労働大臣が定める疾病等の場合

① 多発性硬化症	② 重症筋無力症
③ スモン	④ 筋萎縮側索硬化症
⑤ 脊髄小脳変性症	⑥ ハンチントン病
⑦ 進行性筋ジストロフィー症	⑧ パーキンソン病関連疾患 ※1
⑨ 多系統萎縮 ※2	⑩ プリオン病
⑪ 亜急性硬化性全脳炎	⑫ 後天性免疫不全症候群
⑬ 頸髄損傷	⑭ 人工呼吸器を使用している場合

※1 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
（ホエーン・ヤール重症度分類ステージ3以上 且つ 生活機能障害がⅡ度またはⅢ度の方）

※2 線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレガー症候群

2 病状の悪化により悪性腫瘍の終末期になった場合

3 主治医より特別訪問看護指示書が交付された場合

◎保険種別の負担割合

後期高齢者		1割（現役並みの所得者は3割）
社会保険 国民健康保険	高齢受給者（70～74歳）	1割（現役並みの所得者は3割）
	一般（70歳未満）	3割（6歳未満は2割）

訪問看護 サービス利用料金表（医療保険）

令和6年6月改定（円）

☑	サービス内容略称	算定項目	料金	1割負担	2割負担	3割負担
	訪問看護基本療養費〔Ⅰ〕	週3日まで	5,550	555	1,110	1,665
		週4日以降	6,550	655	1,310	1,965
	訪問看護基本療養費〔Ⅱ〕 ※同一建物居住者	2人まで 週3日まで	5,550	555	1,110	1,665
		週4日以降	6,550	655	1,310	1,965
		3人以上 週3日まで	2,780	278	556	834
		週4日以降	3,280	328	656	984
	訪問看護基本療養費〔Ⅲ〕	在宅療養に備え一時的に外泊中 訪問看護指示書等に基づき訪問 入院中に1回算定	8,500	850	1,700	2,550
	訪問看護管理療養費	月の初日 従来型	7,670	767	1,534	2,301
		機能強化型1	13,230	1,323	2,646	3,969
		機能強化型2	10,030	1,003	2,006	3,009
		機能強化型3	8,700	870	1,740	2,610
		2日目以降 イ 同一建物居住者7割未満	3,000	300	600	900
		ロ 同一建物居住者7割以上	2,500	250	500	750
	夜間・早朝訪問看護加算	夜間(18～22時)・早朝(6～8時)	2,100	210	420	630
	深夜訪問加算	深夜(22～6時)	4,200	420	840	1,260
	難病等複数回訪問加算	1日2回	4,500	450	900	1,350
		1日3回以上	8,000	800	1,600	2,400
	長時間訪問看護加算	15歳未満の長重症児又は準超重症児の場合、別に厚生大臣が定める者にあつては週3回) ※特別管理加算の対象者、特別訪問看護指示書による訪問	5,200	520	1,040	1,560
	複数名訪問看護加算 ※料金×回数	看護師2名	4,500	450	900	1,350
		看護師と准看護師	3,800	380	760	1,140
		看護師と看護補助者	3,000	300	600	900
	緊急訪問看護加算	在宅診療医の指示により訪問 イ月14日目まで	2,650	265	530	795
		ロ月15日目以降	2,000	200	400	600
	24時間対応体制加算	月1回	6,800	680	1,360	2,040
	特別管理加算〔Ⅰ〕	重症度等の高いもの 月1回 在宅悪性腫瘍・在宅気管切開患者指導管理算定者 気管カニューレ・留置カテーテルを使用状態	5,000	500	1,000	1,500
	特別管理加算〔Ⅱ〕	指導管理・状態 月1回 在宅指導管理類算定者・ドレーンチューブ使用者 人工肛門・在宅患者訪問点滴注射管理指導算定者 真皮を超える褥瘡状態	2,500	250	500	750
	特別管理指導加算	特別管理加算の方 月1回	2,000	200	400	600
	乳幼児加算	6歳未満乳幼児訪問 月1回	1,300		260	
		超重症児・準重症児 別表七表・八表対象児	1,800		360	
	退院時共同指導加算	入院・入所中の利用者・家族に共同指導	8,000	800	1,600	2,400
	退院前訪問指導料	入院期間1月以上入院中又は退院日訪問指導	5,800	580	1,160	1,740
	退院支援指導加算	退院当日の訪問	6,000	600	1,200	1,800
	在宅患者連携指導加算	医療機関・歯科・薬局等との情報交換	3,000	300	600	900
	訪問看護医療DX情報活用加算	オンライン資格確認システム使用	50	5	10	15
	在宅患者緊急時カンファレンス加算	月2回	2,000	200	400	600
	看護・介護職員連携強化加算	月1回	2,500	250	500	750
	訪問看護ターミナル療養費〔1〕	在宅	25,000	2,500	5,000	7,500
	訪問看護ターミナル療養費〔2〕	特養等介護保険見取り加算時	10,000	1,000	2,000	3,000
	訪問看護情報提供療養費〔1〕	市町村	1,500	150	300	450
	訪問看護情報提供療養費〔2〕	学校	1,500	150	300	450
	訪問看護情報提供療養費〔3〕	保険医療機関	1,500	150	300	450

訪問看護 医療保険以外の料金表

長時間訪問看護料金	90分以上30分毎	3,500	◎早朝(6～8時)25%割増 ◎夜間(18～22時)25%割増 ◎深夜22～6時 50%割増
自費の訪問看護	30分毎	3,500	
エンゼルケア	おからだをきれいにいたします。	20,000	
交通費	事業実施地域を超えた地点から5kmごと	200	
	深夜訪問時のみ交通費	1,500	

※ 日常生活用具、物品、材料等は実費とさせていただきます。

※ 区分支給額を超えサービスをご利用する時は、全額自己負担になります。

訪問看護 介護保険以外の料金表

(円)

長時間訪問看護料金	90分以上30分毎	3,500	◎早朝(6～8時)25%割増 ◎夜間(18～22時)25%割増 ◎深夜22～6時 50%割増
自費の訪問看護	30分毎	3,500	
エンゼルケア	おからだをきれいにいたします。	20,000	
交通費	事業実施地域を超えた地点から5kmごと	200	
	深夜訪問時のみ交通費	1,500	

※ 日常生活用具、物品、材料等は実費とさせていただきます。

※ 区分支給額を超えサービスをご利用する時は、全額自己負担になります

※ 料金は税込みとなります。