

医療保険 料金表

訪問看護ステーション看護の力

令和6年6月1日 改定

診療報酬に基づく料金内容について、次のとおり説明いたします。

I. 利用料金

各保険により、療養費用の1割～3割となります。

ア) 後期高齢者医療被保険証を使用の利用者様

一般の方	訪問看護に要する費用の1割	後期高齢医療被保険者証に記載
一定以上所得の方	訪問看護に要する費用の2～3割	

イ) その他医療保険の利用者様

医療保険の定める報酬に基づいて負担額請求を行います（被保険者証に記載）。

II. 訪問看護基本療養費

訪問看護基本療養費（Ⅰ）			
看護師等	週3日まで	5,550円	週4日以降 6,550円
悪性腫瘍の利用者様の緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門・人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師（他の訪問看護事業所と同一に共同して行う訪問看護・管理療養費なし）：12,850円			
訪問看護基本療養費（Ⅱ）同一建物居住者で同一日複数者			
看護師等	（1） 同一日 2人	② 週3回まで 5,550円	②週4日目以降 6,550円
	（2） 同一日 3人以上	①週3回まで 2,780円	②週4日目以降 3,280円
悪性腫瘍の利用者様の緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門・人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師（他の訪問看護事業所と同一に共同して行う訪問看護・管理療養費なし）：12,850円			
訪問看護基本療養費（Ⅲ）入院患者の外泊中の訪問看護（管理療養費なし）：8,500円			
厚生労働大臣が定める疾病等 （特掲診療科 別表第7）	特別管理加算の対象者 （特掲診療科 別表第8）	外泊にあたり訪問看護が必要と認められる者	

注) 1、看護師等とは、保健師、助産師又は看護師を指します。

2、基本療養費Ⅰ・Ⅱともに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問の場合は、週4日以降も週3回までの料金が適用されます。

3、厚生労働大臣が定める疾病等について（特掲診療科 別表第7）

- ・末期の悪性腫瘍 ・多発性硬化症 ・重症筋無力症 ・スモン ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症 ・ハンチントン病 ・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患

（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・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））

- ・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）
- ・プリオン病 ・亜急性硬化性全脳炎 ・ライソゾーム病 ・副腎白質ジストロフィー
- ・脊髄性筋萎縮症 ・球脊髄性筋萎縮症 ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・後天性免疫不全症候群
- ・頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

III. 訪問看護管理療養費（I）

① 月の初日……………7,670 円

②月の 2 回目以降……………3,000 円

IV. 各種加算

	サービス内容	加算金額
	緊急訪問看護加算（イ：月 14 日目まで ロ：月 15 日目以降） 利用者の求めで診療所・在宅療養支援病院の指示により緊急訪問した場合 （主治医が対応しない夜間等において、連携する医療機関の指示での緊急訪問の場合も算定できる）	イ 2,650 円/回 ロ 2,000 円/回
	難病等複数回訪問看護加算※ 1 日 2 回目 1 日 3 回目以上	4,500 円 8,000 円
	長時間訪問看護加算（1 時間 30 分を超える） ・特別管理加算の対象者・特別指示書の場合 ・15 歳未満の（準）超重症時、15 歳未満の小児であって特掲診療料別表第 8 に掲げる者	5,200 円/日 1 日/週 3 日/週
	乳幼児加算：6 歳未満の乳幼児 （別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合）	1,300 円/日 1,800 円/日
	複数名訪問看護加算 イ. 看護師と訪問（1 日/週） ロ. 看護補助者と訪問（3 日/週、ハを除く） ハ. 看護補助者と訪問 （厚生労働大臣が定める場合に限る） （1）1 回/日 （2）2 回/日 （3）3 回以上/日 以下が対象者となる。 ①厚生労働大臣が定める疾病等の者 ②特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けているもの ③特別管理加算の対象者 ④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ⑤一人での看護が困難である場合（看護補助者に限る） ⑥その他状況判断で①～④に準ずると認められる者（看護補助者に限る）	4,500 円 3,000 円 3,000 円 6,000 円 10,000 円
	夜間・早朝訪問看護加算：夜間とは 18 時～22 時 早朝とは 6 時～8 時	2,100 円
	深夜訪問看護加算：深夜とは 22 時～6 時	4,200 円
	訪問看護情報提供療養費	1,500 円
	24 時間対応体制加算 休日や夜間・早朝・深夜帯でも、病状の変化当時に電話で看護に関する意見を求めることができ、ご希望時・必要時には訪問対応いたします。	6,800 円/月
	退院時共同指導加算（1 回 がん末期は 2 回まで） 病院や介護老人保健施設に入院、入所中の利用者様が退院、退所されるにあたって、医師・訪問看護ステーションの看護師等が病院へ出向き、共同して居宅における療養上必要な指導を行った場合 特別管理指導加算（特別管理加算の対象者は加算）	8,000 円/回 2,000 円/回

	専門管理加算（1回/月） 緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、計画的な管理を行った場合	2,500 円/月
	退院支援指導加算 厚生労働大臣が定める疾病等、厚生労働大臣が定める状態にある利用者様が、医療機関から退院した日に看護師が療養上の指導を行った場合 (退院日に複数回訪問し、指導に要する時間が 90 分を超えた場合)	6,000 円 8,400 円
	在宅患者連携指導加算（月 1 回）	3,000 円/月
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月 2 回まで）	2,000 円
	訪問看護医療 DX 情報活用加算	50 円/月
	特別管理加算（適用項目に○） (Ⅰ) 在宅悪性腫瘍患者指導管理または在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態 (Ⅱ) 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、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を 3 日以上行う必要がある状態	I. 5,000 円/月 II. 2,500 円/月
	訪問看護ターミナルケア療養費 (死亡日及び死亡前 14 日以内に 2 日以上 of ターミナルケアを行った場合) ターミナルケアとは、ご自宅で最後まで安心して楽に過ごしたいとお考えの利用者様に、訪問看護の体制・多職種連携を強化しお手伝いします。 末期がんの利用者様で、特別養護老人ホームでターミナルケアを行う場合も同様です（但し、看取り介護加算が算定された場合は 10,000 円）	25,000 円
	情報提供書 1 （市町村）厚生労働大臣が定める疾病の利用者において	1,500 円
	情報提供書 2 （義務教育諸学校）厚生労働大臣が定める疾病の利用者の 入学時転校時において	1,500 円
	情報提供書 3 （主治医）入院・入所において	1,500 円
	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	780 円/月

※いずれも同一建物内 1 名の場合の料金です。同一建物 2 人以上の料金については、下記「同一建物内料金表」をご参照ください。

【同一建物内料金表】

加算	種別	同一建物内 1 人	同一建物内 2 人	同一建物内 3 人	
難病等複数回訪問加算	1 日 2 回	4,500 円	4,500 円	4,000 円	
	1 日に 3 回以上	8,000 円	8,000 円	7,200 円	
複数名訪問看護加算	看護師等	4,500 円	4,500 円	4,000 円	
	看護補助者（下記以外）	3,000 円	3,000 円	3,000 円	
	看護補助者 (別表 7・ 8、特指示)	1 日 1 回	3,000 円	3,000 円	2,700 円
		1 日 2 回	6,000 円	6,000 円	5,400 円
1 日 3 回以上		10,000 円	10,000 円	9,000 円	

V. 長時間・制限を超える訪問（実費自己負担になります）

訪問内容	単位	金額
営業時間内で 90 分を超える訪問 （長時間訪問看護加算の対象日以外の日） 9：00～17：30	30 分毎	1,000 円
週 3 日を超える訪問（回数制限のある方）	1 回	8,500 円

VI. その他の費用

① ご自宅で医師による死亡診断を受けられた故人のエンゼルケア（死後処置）

※エンゼルケアとは、亡くなった後に行う死後処置と死化粧です。故人を尊んで見送る準備をご家族と一緒に実施します。人生の最後の姿を美しく整え、個人の人格や尊厳をお守りいたします。

ご遺体のケア・処置	15,000 円
-----------	----------

<処置内容>

身体の清拭	着替え	治療や療養中にできた傷の手当
医療器具を外した後の手当	ストーマの手当	死化粧（ご希望で別途実費あり）

② 実費材料の使用

処置やケアで必要だと判断した際は説明を行い、使用した材料に関して実費をご請求いたします。

内容	実費
お薬カレンダー	110 円
死化粧	935 円
その他、必要医材料	随時説明

VII. キャンセル料について

訪問予定の変更やキャンセルをご希望される場合には、訪問予定の前日までにご連絡をお願いします。
事前にご連絡がない場合やご連絡をいただく時間によって、キャンセル料が発生いたします。

ご連絡をいただく時間	キャンセル料
前日までにご連絡をいただいた場合	不要です
当日、訪問までのご連絡の場合	2000 円を請求いたします
訪問までにご連絡がない場合	1 提供あたりの料金 100%を請求いたします

* 但し、利用者様の急な入院や体調不良による受診等、正当な理由の場合にはキャンセル料は請求しません。

VIII. 1 か月のご利用料の目安

約 _____ 円

私は、上記の利用料金内容の説明を受け、同意いたしました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 _____ ④ (代筆者氏名) _____ (続柄)

代理人氏名 _____ ④