

**訪問看護利用料金一覧表及び同意書**  
**医療保険訪問看護療養費**

令和6年6月1日

**1. 基本料金**

区分	内容	金額	自己負担割合別 負担額(円)				
			1割の方	2割の方	3割の方		
訪問看護基本療養費(Ⅰ)	基本的な訪問看護の費用	週3日目まで1日につき	5,550	555	1,110	1,665	
		週4日目を降1日につき	6,550	655	1,310	1,965	
		理学療法士等による訪問の費用	5,550	555	1,110	1,665	
訪問看護基本療養費(Ⅱ)	同一日の同一建物への訪問看護の費用	同一2人	週3日目まで1日につき	5,550	555	1,110	1,665
			週4日目を降1日につき	6,550	655	1,310	1,965
		同一3人以上	週3日まで	2,780	278	556	834
			週4日以上	3,280	328	656	984
訪問看護基本療養費(Ⅲ)	在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者に対して(試験外泊)訪問看護を行う	表1、2の利用者 入院中2回まで その他の利用者 入院中1回まで	8,500	850	1,700	2,550	

\*医療保険における訪問看護は、原則1日1回(1回の訪問は90分まで)×週3日までと規定されています(ただし、病名等によっては、複数回訪問や90分以上の訪問、週4回以上の訪問が可能な場合もあります)

※1 緩和・褥瘡・人工肛門・人工膀胱ケアの専門の研修を受けた看護師が訪問した場合、12850円/月となります

**2. 加算料金**

**【基本療養費の加算】**

項目	内容	金額	自己負担割合別 負担額(円)			
			1割	2割	3割	
難病等複数回訪問加算	表1、2に規定する疾病等の利用者または特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者の方に、必要に応じて1日に2回以上訪問した場合	1日2回の訪問	4,500	450	900	1,350
		1日3回以上の訪問	8,000	800	1,600	2,400
緊急訪問看護加算	利用者または家族の求めに応じて医師の指示により緊急訪問した場合	1日につき1回限り 月14日目まで	2,650	265	530	795
		1日につき1回限り 月15日目を降	2,000	200	400	600
長時間訪問看護加算	特別訪問看護指示書の交付を受けた方や特別管理加算の対象者に1回の訪問時間が90分を超えた場合	週1回限り	5,200	520	1,040	1,560
乳幼児加算	3歳未満の利用者に対し、訪問した場合	1日につき1回限り厚生労働大臣が定める者に該当する場合	1,800	180	360	480
		1日につき1回限り 上記以外	1,300	130	260	390
乳児加算	3歳以上6歳未満の利用者に対し、訪問した場合	1日につき1回限り	1,500	150	300	450
複数名訪問看護加算	表1、2に規定する疾病等の利用者に対し、訪問看護ステーションの看護職員が同じステーションの他の看護師等と同時に訪問した場合	週1回まで 看護師 (※1)	4,500	450	900	1,350
		週1回まで 准看護師	3,800	380	760	1,140
		週3日まで(看護師又は看護補助者) 上記以外	3,000	300	600	900
		1日1回 看護補助者	3,000	300	600	900
		1日2回 看護補助者	6,000	600	1,200	1,800
夜間・早朝訪問看護加算	利用者または家族などの求めに応じて夜間や早朝、深夜に訪問看護を行った場合	夜間 (18:00~22:00)	2,100	210	420	630
		早朝 (6:00~8:00)	2,100	210	420	630
深夜訪問看護加算		深夜 (22:00~6:00)	4,200	420	840	1,260
専門管理加算	専門の研修を修了した看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を行った場合	1月につき1回限り	2,500	250	500	750

※1 悪性腫瘍の場合は、週3回まで

**【管理療養費の加算】**

項目	内容	金額	自己負担割合別 負担額(円)			
			1割	2割	3割	
24時間対応体制加算	利用者または家族からの相談に24時間対応する利用者の希望により算定	月1回限り	6,800	680	1,360	2,040
特別管理加算	表2に規定する特別な管理を必要とする利用者の方に計画的な管理を行った場合	月1回 表2①	5,000	500	1,000	1,500
		月1回 表2②	2,500	250	500	750
退院時共同指導加算	退院・退所にあたり医療機関等の主治医または職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行った場合	原則1回 表1、2の場合2回	8,000	800	1,600	2,400

項目	内容	金額	自己負担割合別 負担額 (円)			
			1割	2割	3割	
特別管理指導加算	退院時共同指導加算を算定する場合に表2の状態にある場合	1回 2,000	200	400	600	
退院支援指導加算	退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合	1回 表1, 2の場合 6,000	600	1,200	1,800	
在宅患者連携指導加算	主治医や歯科医師、薬剤師と情報共有をし指導を行った場合	月1回 3,000	300	600	900	
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	急変時等、医師の求めにより、主治医・歯科医師・薬剤師又は、ケアマネ等と訪問しカンファレンスを実施し共同で指導を行った場合	月2回 2,000	200	400	600	
訪問看護管理療養費	管理療養費1 機能強化型訪問看護管理療養費3	安全な訪問看護の提供体制が取れ訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に算定	月の初日 8,700	870	1,740	2,610
	管理療養費2		月の2日目以降(1日につき) 3,000	300	600	900
看護・介護職員連携強化加算	介護職員等への緊急対応の助言とともに同行訪問、会議出席した場合に算定	月1回 2,500	250	500	750	
訪問看護医療DX情報活用加算	健康保険法による電子資格確認により利用者の診療情報を取得し、看護の実施、計画的な管理を行った場合	月1回 50	5	10	15	
訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ	医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制	月1回 780	78	156	234	

【その他の療養費】

項目	内容	金額	自己負担割合別 負担額 (円)		
			1割	2割	3割
情報提供療養費	市町村や保健所に対して、訪問看護に関する情報を提供した場合	月1回 1,500	150	300	450
ターミナル療養費1	在宅で看取りを行う場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した)	適応時1回のみ 25,000	2,500	5,000	7,500
ターミナル療養費2	特別養護老人病院等で看取りを行った場合	10,000	1,000	2,000	3,000

3. その他の費用(保険適用外の料金)

項目	金額	内容
交通費	50円/km	利用者宅まで往復の距離数に対し1kmあたり50円
超過時間利用料	2,000円	90分を超えた場合 30分毎
休日・時間外加算	1,500円	休日や営業時間外の訪問の場合 1回
エンゼルケア	12,000円	訪問看護サービスの提供と連続して行われた、在宅での永眠時の処置料
その他	実費	サービス提供に必要な介護用品・衛生材料・電気・ガス・水道・電話代など

表1

1. 末期の悪性腫瘍	9. 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 ・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)	11. プリオン病
2. 多発性硬化症		12. 亜急性硬化性全脳炎
3. 重症筋無力症		13. ライソゾーム病
4. スモン		14. 副腎白質ジストロフィー
5. 筋萎縮性側索硬化症		15. 脊髄性筋萎縮症
6. 脊髄小脳変性症		16. 球脊髄性筋萎縮症
7. ハンチントン病		17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
8. 進行性筋ジストロフィー症	10. 多系統萎縮症 ・線条体黒質変性症 ・オリブ橋小脳萎縮症 ・シャイ・ドレーガー症候群	18. 後天性免疫不全症候群
		19. 頸髄損傷
		20. 人工呼吸器を使用している状態

表2

①	<input type="checkbox"/> 在宅悪性腫瘍等患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態 <input type="checkbox"/> 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
②	<input type="checkbox"/> 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もしくは在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者 <input type="checkbox"/> 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者 <input type="checkbox"/> 真皮を越える褥瘡の状態にある者 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

済生会高岡訪問看護ステーション

私は、本書面に基づいて事業者から説明を受け、内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 \_\_\_\_\_ 印

代理人 \_\_\_\_\_ 印