

医療保険による訪問看護料金表

利用料内訳は以下の表をご参照ください。下記料金は10割表記となっており、ご利用者様負担額は、負担割合によって異なります。
尚、准看護師が訪問看護を行った場合100分の90に相当する単位数を算定。

| | 種類 | サービスの提供時間 | 金額 |
|--------------|---|--|----------------------------------|
| 訪問看護基本療養費 | 訪問看護基本療養費Ⅰ | 週3日までの利用。(1回につき30分から90分程度) | 5550円/日 |
| | | 週4日以降1日につき。 (厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に限り制限なし。※1) | 6550円/日 |
| | 訪問看護基本療養費Ⅱ | 同一建物居住者に同一日に複数の訪問看護利用者がいる場合に算定する。同一日2人の場合。 | 週3日目まで：5550円/日 週4日目以降：6550円/日 |
| | | 同一建物居住者に同一日に複数の訪問看護利用者がいる場合に算定する。同一日3人以上の場合。 | 週3日目まで：2780円/日 週4日目以降：3280円/日 |
| | 難病等複数回訪問加算※1 | 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者及び主治医が必要と認め、特別指示書が交付された場合に限り1日2回以上の訪問ができる。 | 2回：4500円/日 3回以上：8000円/日 |
| | 緊急訪問看護加算 | 利用者やその家族の緊急の求めに応じて訪問した場合。 | 2650円/日 |
| | 長時間訪問看護加算 | 訪問時間が90分を超えた場合、週1回に限り算定。 特別管理加算を算定する場合に算定。 | 5200円/週 |
| | 複数名訪問看護加算 | 同時に複数の看護師等による訪問看護を実施した場合。 | 4300円/週 |
| 夜間・早朝訪問看護加算 | 夜間(18:00～22:00)・早朝(6:00～8:00) | 2100円/日 | |
| 深夜訪問看護加算 | 深夜(22:00～6:00) | 4200円/日 | |
| 精神科訪問看護基本療養費 | 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ | 週3日まで(退院後3か月以内は週5日まで) | 30分未満：4250円/日 30分以上：5550円/日 |
| | | 週4日目以降 | 30分未満：5100円/日 30分以上：6550円/日 |
| | 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ | 同一建物居住者に同一日に複数の訪問看護利用者がいる場合に算定する。同一日3人以上の場合。週3日まで | 30分未満：2130円/日 30分以上：2780円/日 |
| | | 同一建物居住者に同一日に複数の訪問看護利用者がいる場合に算定する。同一日3人以上の場合。 | 30分未満：2550円/日 30分以上：3280円/日 |
| 複数名精神科訪問看護加算 | 同時に複数の看護師等による訪問看護を実施した場合に算定。(30分以上) | 4500円/1回 9000円/2回 14500円/3回以上 | |
| 長時間精神科訪問看護加算 | 訪問時間が90分を超えた場合、週1回に限り算定。 特別管理加算を算定する場合に算定する。 | 5200円/週 | |
| 訪問看護管理療養費 | 訪問看護管理療養費 | 訪問看護に必要な計画的な管理に要する費用。 | 初日のみ：7440円/日 2日目以降：3000円/日 |
| | 24時間対応体制加算 | 24時間連絡体制にあり、緊急時に対して必要に応じて訪問を行う場合に算定する。 | 6400円/月 |
| | 特別管理加算※2 | 留置カテーテル、人工肛門など特別な管理を行う場合に算定する。 重症度の低い状態と高い状態の2段階に設定。 | 軽度2500円/月 重症5000円/月 |
| | 退院時支援指導加算 | 厚生労働大臣が定める疾病等や特別管理加算の対象となる利用者に対して退院日に在宅で療養上の指導を行う場合算定。 | 6000円/日 |
| | 在宅患者連携指導加算 | 訪問診療を実施している医療機関や訪問薬剤管理指導を実施している薬局と月2回以上文書等により情報を共有し、その情報を踏まえて療養上の指導を行った場合算定。 | 3000円/日 |
| | 在宅患者緊急時カンファレンス加算 | 利用者の状態の急変や診療方針の変更等に伴う医療機関の求めによる在宅でのカンファレンスに参加し、共同で利用者や家族に療養上の指導を行った場合算定。 | 2000円/日 |
| 訪問看護情報提供療養費 | 利用者の同意を得て、利用者の居住地の市町村・学校・病院・施設等に訪問看護の情報提供を行う場合算定。 | 1500円/月 | |

※1 難病・厚生労働大臣の定める疾病の種類につきましては該当する方にお知らせ致します。

※2 特別管理加算につきましては該当する方にお知らせいたします。

以下、保険外サービス(自費)につきご利用料金を請求させていただきます。(別途消費税がかかります)

| | | |
|--------|-------------------------|--------|
| エンゼルケア | お亡くなりになった後のケアを実施した場合に算定 | 11000円 |
|--------|-------------------------|--------|

訪問看護ステーション ライト