

訪問看護料金表(医療保険)

〈令和 6 年 6 月 1 日現在〉

(1) 医療保険利用の訪問看護

項目	料金(10割)	1割負担	2割負担	3割負担		
訪問看護管理療養費	月の初日	7440円	744円	1488円	2232円	
	月の2日目以降	3000円	300円	600円	900円	
訪問看護基本療養費 I	週3日目まで	看護師	5550円	555円	1110円	1665円
		准看護師	5050円			
訪問看護基本療養費 II(同一建物居住者)	週4日目以降	看護師	6550円	655円	1310円	1965円
		准看護師	6050円			
訪問看護基療養費 III(1日につき)	週3日目まで	看護師	2780円	278円	556円	834円
		准看護師	2530円			
訪問看護情報提供療養費	週4日目以降	看護師	3280円	328円	656円	984円
		准看護師	3030円			
訪問看護基療養費 III(1日につき)	入院中(外泊時1~2回)	8500円	850円	1700円	2550円	
訪問看護情報提供療養費	1,2,3 (月1回)	1500円	150円	300円	450円	
訪問看護ターミナルケア療養費 1 (適応時)		25000円	2500円	5000円	7500円	
訪問看護ターミナルケア療養費 2 (適応時)		10000円	1000円	2000円	3000円	

〈指定訪問看護の加算〉

24時間対応体制加算	6520円	652円	1304円	1956円		
難病等複数回訪問加算	1日に2回	4500円	450円	900円	1350円	
	1日に3回以上	8000円	800円	1600円	2400円	
緊急訪問看護加算 (診療所及び連携診療所等、在宅療養支援病院の指示の下、1日につき)	2650円	265円	530円	795円		
長時間訪問看護加算/90分超え(要件により1~3回/週)	5200円	520円	1040円	1560円		
複数名訪問看護加算	看護師、PT、OT等(週1回)	4500円	450円	900円	1350円	
	准看護師(週1回)	3800円	380円	760円	1140円	
	介護補助者等 (週3日)	1日1回の場合	3000円	300円	600円	900円
		1日2回の場合	6000円	600円	1200円	1800円
		1日3回の場合	10000円	1000円	2000円	3000円
特別管理加算	I	5000円	500円	1000円	1500円	
	II	2500円	250円	500円	750円	
退院時共同指導加算 (1回、がん末期等は2回/適応時)	8000円	800円	1600円	2400円		
退院時共同指導特別管理指導加算(特別加算の対象者のみ)	2000円	200円	400円	600円		
退院支援指導加算(退院日/適応時)	6000円	600円	1200円	1800円		
在宅患者連携指導加算(適応月/月1回迄)	3000円	300円	600円	900円		
夜間・早朝訪問看護加算(18-22時/6-8時)(1日1回迄)	2100円	210円	420円	630円		
深夜訪問看護加算(22-翌6時)(1日1回迄)	4200円	420円	840円	1260円		
在宅患者緊急時等カンファレンス加算(適応月/月2回迄)	2000円	200円	400円	600円		
看護・介護職員連携強化加算(特定業務)	2500円	250円	500円	750円		

利用料金の負担割合は利用者様の医療保険の負担割合に基づきます。

保険給付対象外の訪問看護利用料金は、全額自己負担で利用できます。

(2) その他の費用

①交通費… 通常実施地域以外の地域の場合は、1キロメートルにつき 30 円のご負担となります。

②衛生材料費…患者様に使用する衛生材料は、ご利用者様でご用意ください。

③利用者負担金は、翌月の15 日すぎに請求書をお渡しします。毎月28日が引き落とし日になります。

④その他の費用…サービスの実施に必要な自宅での水道・電気・ガス・電話などの費用は、利用者負担となります。

訪問看護に必要な物品の購入費や有料駐車料金等に関する費用は、利用者負担となり、領収書の発行を受け、

利用者様にお渡し、請求いたします。

⑤エンゼルケアを行った場合は、実費10000円をいただきます。

#### V キャンセル料

ご利用者の都合により、サービスを中止する場合は次のキャンセル料をいただく場合があります。

キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡下さい。

①利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
①利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	予定訪問の実費相当分

ただし、病状によりキャンセルの場合はその限りではありません。

#### 説明確認欄

年 月 日

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明をしました。

事業者名： 株式会社リリー

(事業所名： リリー訪問看護ステーション )

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明を受けました。

利用者 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族または後見人・代理人(続柄 )

氏名 \_\_\_\_\_ 印