

訪問看護ステーションあさひだい  
**利用料金表(医療保険でのご利用)**

2024年6月～

初回訪問時に、以下の保険証のうちお持ちのものをご提示いただけますようお願いいたします。

国民健康保険被保険者証 医療福祉費受給者証  
 後期高齢者医療被保険者証 国民健康保険高齢受給者証  
 標準負担額減額認定証 指定難病特定医療費受給者証 等

**【基本療養費・管理療養費】**

	料金	利用料(利用者負担額)		
		1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護基本療養費(I) 保健師又は看護師による場合				
週3日目まで	5,550円	555円	1,110円	1,665円
週4日目以降	6,550円	655円	1,310円	1,965円
理学療法士、作業療法士による場合				
週3日目まで	5550円	555円	1110円	1665円
訪問看護基本療養費(II) 保健師又は看護師による場合				
・同一日に2人				
週3日目まで	5,550円	555円	1,110円	1,665円
週4日目以降	6,550円	655円	1,310円	1,965円
・同一日に3人以上				
週3日目まで	2,780円	278円	556円	834円
週4日目以降	3,280円	328円	656円	984円
理学療法士、作業療法士による場合				
週3日目まで				
・同一日に2人	5550円	555円	1110円	1665円
・同一日に3人以上	2780円	278円	556円	834円
訪問看護基本療養費(III)	8,500円	850円	1,700円	2,550円
訪問看護管理療養費				
初日	7,670円	767円	1,534円	2,301円
2日目以降 イ(1)	3,000円	300円	600円	900円
2日目以降 ロ(2)	2,500円	250円	500円	750円

**【加算利用料】**

	料金	利用料(利用者負担額)		
		1割負担	2割負担	3割負担
24時間対応体制加算(イ)	6,800円	680円	1,360円	2,040円
24時間対応体制加算(ロ)	6,520円	652円	1,304円	1,956円
特別管理加算 重症度が高い(*1)	5,000円	500円	1,000円	1,500円
特別管理加算(*2)	2,500円	250円	500円	750円
長時間訪問看護加算	5,200円	520円	1,040円	1,560円
乳幼児加算	1,300円	130円	260円	390円
乳幼児加算 別表 7.8 超準重症児	1,800円	180円	360円	540円

複数名訪問看護加算 看護師と同時に行なう場合(週1回限度) ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上 その他の職員と同時に行なう場合 ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上	4,500円 4,000円 3,000円 2,700円	450円 400円 300円 270円	900円 800円 600円 540円	1,350円 1,200円 900円 810円
難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合 ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上 1日に3回以上の場合 ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上	4,500円 4,000円 8,000円 7,200円	450円 400円 800円 720円	900円 800円 1,600円 1,500円	1,350円 1,200円 2,400円 2,220円
その他の職員と同時に行なう場合 1日に1回の場合 ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上 1日に2回の場合 ・同一建物内1人又は2日 ・同一建物内3人以上 1日に3回以上の場合 ・同一建物内1人又は2人 ・同一建物内3人以上の場合	3,000円 2,700円 6,000円 5,400円 10,000円 9,000円	300円 270円 600円 540円 1,000円 900円	600円 540円 1,200円 1,080円 2,000円 1,800円	900円 810円 1,800円 1,620円 3,000円 2,700円
早朝・夜間加算 (午前6時-8時 午後6時-10時)	2,100円	210円	420円	630円
深夜加算(午後10時-午前6時)	4,200円	420円	840円	1,260円
緊急時訪問看護加算 イ14日目まで	2,650円	265円	530円	795円
緊急時訪問看護加算 ロ15日目まで	2,000円	200円	400円	600円
退院時共同指導加算	8,000円	800円	1,600円	2,400円
特別管理指導加算	2,000円	200円	400円	600円
退院支援指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円
退院支援指導加算(長時間)	8,400円	840円	1,680円	2,520円
在宅患者連携指導加算	3,000円	300円	600円	900円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円	200円	400円	600円
看護・介護職員連携強化加算	2,500円	250円	500円	750円
訪問看護医療DX情報活用加算	50円	5円	10円	15円
訪問看護ベースアップ評価料(I)	780円	78円	156円	234円
訪問看護情報提供療養費I	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護情報提供療養費II	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護情報提供療養費III	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護ターミナルケア療養費I	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
訪問看護ターミナルケア療養費II	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円

#### 【その他の利用料(保険外)】

超過時間サービス(90分を超えた場合)	1,000円/30分
営業日以外の利用(土曜 日曜 祝日 年末年始 12/30~1/3)	2,000円/回
週3回または1日2回を超過したサービス(保険請求外訪問) (*1)(*2)(*3)に該当する状態・病名の場合は回数制限がありません	自費 + 交通費 (管理療養費+

また特別訪問看護指示書が発行されている期間も回数制限はありません。	基本療養費)
死後の処置料	16,500 円/回
浴衣代	3,300 円/枚
交通費 事業所より 16 kmを超えた時点から自宅までの往復	50 円/km
キャンセル料	750 円/回
吸引器レンタル料 1 回につき	400 円/回
LICトレーナー2 レンタル料 1 回につき	2,090 円/回
お薬カレンダー	60 円/枚
リハビリ用補助具(吹き戻し笛)	70 円/本

ご利用料金・・・下記の料金は目安であり、ご利用者様の状態により変動します。

	管理療養費	基本療養費	合計	1割負担	2割負担	3割負担
月の初日	7670円	5550円	13220円	1320円	2640円	3970円
週3日目まで	3000円	5550円	8550円	860円	1710円	2570円
週4日目以降	3000円	6550円	9550円	960円	1910円	2870円

#### 訪問看護ベースアップ評価料 (I)

訪問看護ステーションに勤務する職員の処遇を改善する加算

#### 訪問看護医療 DX 情報活用加算

オンライン資格確認によって利用者の診療情報を取得した上で訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の加算

#### 特別管理加算(重症度が高い)(\*1)

- ・ 在宅麻薬等注射指導管理
- ・ 在宅腫瘍化学療法注射指導管理
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理
- ・ 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
- ・ 気管カニューレを使用している状態
- ・ 留置カテーテルを使用している状態

#### 特別管理加算(\*2)

- ・ 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態
- ・ 在宅血液透析指導管理を受けている状態
- ・ 在宅酸素療法指導管理を受けている状態
- ・ 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態
- ・ 在宅自己導尿指導管理を受けている状態
- ・ 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態
- ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態
- ・ 在宅自己疼痛指導管理を受けている状態
- ・ 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造設している状態
- ・ 真皮を越える褥瘡がある場合
- ・ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している場合

#### 厚生労働大臣が定める疾病等(\*3)

- ・ 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度の者に限る))
- ・ 多系統萎縮症
- ・ 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
- ・ 人工呼吸器を使用している状態

当事業所は、医療保険での利用料金について、料金表に基づいて説明しました。

令和 年 月 日

茨城県石岡市旭台1丁目 17-26

訪問看護ステーションあさひだい 管理者 原田 直子 印

私は、医療保険での利用料金について、料金表に基づいて説明を受け同意いたしました。

同意日	令和 年 月 日
住 所	〒
氏 名	印

住 所	〒
家族の代表者 代理人氏名	印