

健康保険法に基づく訪問看護利用料金表

1. 自己負担割合

保険の種類によってご負担額が異なります。

| 対 象 | 内 容 | 指定訪問看護に要する費用の 自己負担割合 |
|---|--------------------|-------------------------|
| ・ 75歳以上の方 ・ 65～74歳で一定の障害の状 態 にあることで認定を受けた方 | 一般の方 | 1割 |
| | 一定以上所得の方 | 3割 |
| 70～74歳の方 | 一般の方 | 1割・2割 |
| | 一定以上所得の方 | 3割 |
| 6歳（就学後）～69歳の方 | 健康保険法等による自己負担 金 | 2～3割 (各保険により異なる) |
| 就学前の乳幼児 | 健康保険法等による自己負担 金 | 2割 |

※公費負担医療制度については別途ご相談ください

2. 利用料金（基本の費用）

| | | 看護師等 | 准看護師 |
|--------|-----------|-----------|--------|
| 基本料金 | 週3回目まで/1日 | 5,550円 | 5,050円 |
| | 週4日以降/1日 | 6,550円 | 6,050円 |
| ※管理療養費 | 月1日目 | 7,440円 | |
| | 2日目以降 | 3,000円/1日 | |

※1回の訪問時間は、30分～1時間30分が標準となります。

※週4日以上訪問できるのは、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者と特別訪問看護指示書期間中の利用者のみとなります。

※看護師等とは、保健師・助産師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が含まれます。

※週4日目以降の訪問看護を利用できる方＝厚生労働大臣が定める疾患等

| | |
|--|--|
| <p>末期の悪性腫瘍／多発性硬化症／重症筋無力症／スモン／筋委縮性側索硬化症／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、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））</p> <p>／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）／プリオン病／亜急性硬化性全脳炎／ライゾーム病／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</p> | <p>左記以外でも、主治医から頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書の交付があった場合、交付日から14日以内は毎日利用可能</p> |
|--|--|

3. 加算料金（基本の費用に加算）

| | | |
|-------------------|---|---------|
| 難病等複数回訪問加算 | 1日2回 訪問 | 4,500円 |
| | 1日3回以上 訪問 | 8,000円 |
| 緊急訪問看護加算 | 1日1回（在宅支援病院・在宅支援診療所の指示による訪問） | 2,650円 |
| 長時間訪問看護加算 | 週1日を限度 | 5,200円 |
| 乳幼児加算・幼児加算 | 1日につき | 500円 |
| 複数名訪問看護加算 | 看護師等(週1回) | 4,500円 |
| | 准看護師(週1回) | 3,800円 |
| | 看護補助者(週1回まで) | 3,000円 |
| | (週2回) | 6,000円 |
| | (週3回) | 10,000円 |
| 24時間対応体制加算 | 1月につき | 6,400円 |
| 特別管理加算（Ⅰ） | 1月につき | 5,000円 |
| 特別管理加算（Ⅱ） | 1月につき | 2,500円 |
| 夜間・早朝訪問看護加算 | 1回につき | 2,100円 |
| 深夜訪問看護加算 | 1回につき | 4,200円 |
| 在宅患者連携指導加算 | 1月につき | 3,000円 |
| 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 |
| 退院時共同指導加算 | 月2回まで | 8,000円 |
| 特別管理指導加算 | 月2回まで | 2,000円 |
| 退院支援指導加算 | 月2回まで | 6,000円 |
| 看護・介護職員連携加算 | 1月につき | 2,500円 |
| 訪問看護ターミナルケア療養費1 | 在宅、特別養護老人ホーム等をご利用 | 25,000円 |
| 訪問看護情報提供療養費 | 1月につき | 1,500円 |
| | ※1 厚生大臣が定める疾病等の利用者のうち、当該市町村等からの求めに応じて情報提供をした場合 | |
| | ※2 厚生大臣が定める疾病等の利用者のうち、当該義務教育諸学校に、入学時、転校時等により初めて在籍することとなる利用者について、当該義務教育諸学校からの求めに応じて情報を提供した場合 | |
| | ※3 保険医療機関に入院し、又は入所する利用者について情報を提供した場合 | |

※合計金額に10円未満の端数が生じた場合は四捨五入する。

4. その他の利用料（指定訪問看護にかかる費用に含まれない額）

| 種類 | 内 容 | | 金 額 |
|---------|------------------------------|---------------------------|--|
| 超 過 料 金 | 1時間30分を超えて訪問看護を提供する場合 | 日中 | 午前8時～午後6時 30分毎に1,300円 |
| | | 早朝・夜間 | 午前6時～午前8時 午後6時～午後10時 30分毎に1,630円 |
| | | 深夜 | 午後10時～午前6時 30分毎に2,000円 |
| 自 費 訪 問 | すべての時間 自費で訪問看護を提供する場合 | 最初の訪問 | 30分 4,000円 |
| | | 日 中 | 午前8時～午後6時 10分毎に1,000円 |
| | | 早 朝 | 午前6時～午前8時 10分毎に1,250円 |
| | | 夜 間 | 午後6時～午後10時 10分毎に1,350円 |
| | 深 夜 | 午後10時～午前6時 10分毎に1,350円 | |
| 交 通 費 | ステーション車を使用した場合 千歳・恵庭以外の地域 | | 1回訪問毎に 一律300円（税込） |
| 交 通 費 | 公共交通機関利用／営業車利用（要請による）の場合 | | 実 費 |
| 代 行 費 | 医療機関等からの薬の受領 | | 1回の代行毎に 一律500円（税込） |
| 死後の処置料 | 指定訪問看護に連続した場合 | | 5,000円（税込） |

令和3年4月現在