

NO. 1

2019年10月～

訪問看護ステーション(医療保険)

別紙:(重要事項説明書)

1. 基本料金表(1回の訪問看護利用料)

単位(円)

療養費 区分	訪問の日数		基本療養費	管理療養費	合計金額	負担金額		
	月の日数	週の日数				1割	2割	3割
(Ⅰ)通常	1日目	週3日まで	5,550	7,400	12,990	1,300	2,600	3,900
	2日目～	週3日まで	5,550	2,980	8,550	860	1,710	2,570
		週4日目以降	6,550		9,550	960	1,910	2,870
(Ⅱ)同一建物 3人以上	1日目～	週3日まで	2,780	7,400	10,180	1,020	2,040	3,050
	2日目～	週3日まで	2,780	2,980	5,780	580	1,160	1,730
		週4日目以降	3,280		6,280	630	1,260	1,880
(Ⅲ)外泊者	入院中1回※2		8,500		8,500	850	1,700	2,550
<input type="checkbox"/>	機能強化型訪問看護管理療養費Ⅰ			12,400	12,530	1,250	2,510	3,760
<input type="checkbox"/>	機能強化型訪問看護管理療養費Ⅱ			9,400	9,500	950	1,900	2,850
<input type="checkbox"/>	機能強化型訪問看護管理療養費Ⅲ			8,400	8,440	840	1,690	2,530
	月の2日目以降			2,980	3,000	300	600	900

※ 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日までとなっています。

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日以上以上の訪問が可能です。

※1 週は日曜日を基点とするため、前月から続く訪問の場合は、月の1日であっても週4日目以降を算定する場合があります。

※2 <表1> <表2>の対象者は、入院中2回まで算定できます。

2. 加算料金表(状況・要望に応じて加算する利用料)

単位(円)

●基本療養費の加算			金額	負担金額			
項目				1割	2割	3割	
<input type="checkbox"/>	難病等複数回訪問加算	2回	4,500円/日	450	900	1,350	
	<表1><表2>、特指示*の対象者	3回以上	8,000円/日	800	1,600	2,400	
	緊急訪問看護加算		2,650円/日	265	530	800	
	<small>主治医の指示により、緊急に訪問した場合(夜間においては連携している医師の指示でも算定可能)</small>						
	長時間訪問看護加算						
	<表2>、特指示対象者に89分以上の看護を実施			5,200円/週	520	1,040	1,560
	(上記で<表3>の者は週3まで算定可能)						
	複数名訪問看護加算<表1>	看護師		4,500円/週	450	900	1,350
	<表1><表2>、特指示(補助者回数制限なし)、他必要と判断された者(看護補助者のみに限る)			3,000円/週3まで	300	600	900
	※厚生労働大臣が定める状態		補助者	3,000円 1回/日まで	300	600	900
			6,000円 2回/日まで	600	1200	1800	
			10,000円 3回/日以上	1000	2000	3000	
夜間・早朝訪問看護加算	18～22時、6～8時		2,100円/日	210	420	630	
深夜訪問看護加算	22～6時		4,200円/日	420	840	1,260	

NO. 2

2. 加算料金表(状況・要望に応じて加算する利用料)

単位(円)

●管理療養費の加算		金額	負担金額		
項目			1割	2割	3割
24時間対応体制加算		6,400円/月	640	1,280	1,920
利用者の希望により算定					
<input type="checkbox"/>	特別管理加算	5,000円/月	500	1,000	1,500
	<表2>①の対象者	2,500円/月	250	500	750
<input type="checkbox"/>	退院時共同指導加算	8,000円/指導日	800	1,600	2,400
	<表1><表2>は2回まで	2,000円加算	200	400	600
<input type="checkbox"/>	入院中病院と共に指導	6,000円/退院日	600	1,200	1,800
	退院時支援指導加算				
<表1><表2>、必要が認められた者					
<input type="checkbox"/>	在宅患者連携指導加算	3,000円/月	300	600	900
	医療関係職種間で情報共有し、その上で療養指導				
<input type="checkbox"/>	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円/月2まで	200	400	600
	急変による医療従事者とのカンファレンスと療養指導				
<input type="checkbox"/>	乳幼児加算	3歳未満	150	300	450
		3歳～6歳未満	150	300	450
<input type="checkbox"/>	難病等複数回訪問加算	1日2回	450	900	1,350
		1日3回以上	800	1,600	2,400
●その他の療養費		金額	負担金額		
項目			1割	2割	3割
情報提供療養費Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ(<表1・表2または精神障害を有する者)		1,500円/月	150	300	450
<input type="checkbox"/>	Ⅰ:市町村等からの求めに応じて必要な情報を提供した場合				
<input type="checkbox"/>	Ⅱ:入学、転学時に初めて在籍する場合に学校からの求めに応じて必要な情報を提供した場合				
<input type="checkbox"/>	Ⅲ:保険医療機関に入院、入所する場合に診療を行なっている保険医療機関が診療情報の文書を添えて紹介を行う場合に当該保険医療機関に情報を提供した場合				
<input type="checkbox"/>	ターミナル療養費(Ⅰ)	25,000	2,500	5,000	7,500
	死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問				
<input type="checkbox"/>	ターミナル療養費(Ⅱ)(看取り介護加算算定されている場合)	10,000	1,000	2,000	3,000
	死亡日および死亡前14日以内に2回以上訪問				

\*特指示＝特別指示書

NO. 3

基準告示第2の1に規定する疾病等(別表7、別表8)（厚生労働省告示第82号）

第2 指定訪問看護に係る厚生労働大臣に定める疾病等の利用者等

1 週3日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であって次のいずれかに該当する者

<表1> (1)特掲診療料の施設基準等「別表第7」に掲げる疾病等の者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症無力症、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三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレガー症候群)、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、慢性炎症性脱髄製多発神経炎、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の者

※厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

介護保険の利用者でも、訪問看護は医療保険の扱いになります。

<表2> (2)特掲診療料の施設基準等「別表第8」に掲げる者

- ①  在宅悪性腫瘍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にある者  
 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にある者
- ②  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又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態の者  
 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者  
 真皮を超える褥瘡の状態にある者  
 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

※特別管理加算の対象者

<表3> 別に厚生労働大臣が定める者

- ① 15歳未満の超重症児又は準重症児
- ② 15歳未満の小児であって、別表第八に掲げる者

NO.4 保険給付対象外

項目	金額
<b>●1) 営業時間外の訪問料金</b>	<b>金額</b>
営業日以外の料金(営業日以外の夜間の緊急訪問も対象になります)	1回につき1000円
<b>●2) 90分を超える超過利用金</b>	<b>金額</b>
営業時間内 : 30分毎に加算	1000円
営業時間外 : 午前7時～午前8時30分・午後5時～午後10時	30分毎に1500円を加算
: 午後10時～午前7時	30分毎に2000円を加算
<b>●3) 交通費(1回につき)</b>	<b>金額</b>
<b>大山崎町は無料</b>	
事業所から利用者間宅までの距離	
片道2Km以上5Km未満	350円×2
片道5Km以上10Km未満	750円×2
片道10Km以上	1250円×2
<b>●4) その他費用</b>	<b>金額</b>
①エンゼルケアを行なった場合 エンゼルケア料金	10000円
エンゼルセットを使用した場合 物品代	3000円(+消費税)
※エンゼルケアとは・・・	
お体を綺麗にして、ご希望の衣服への更衣をお手伝い致します。	
ご家族も一緒にしていただく事も可能です。	
(場合によってはメイク・医療器具の除去・排泄物の対処)	
②領収証明書1通につき	1000円(+消費税)
③オプションサービス(8時30分～20時の時間のみ)	
1時間30分まで	医療保険料金の10割負担
1時間30分を超える場合	30分毎に4500円加算
営業時間外について	1時間毎に1000円を加算