訪問看護ステーションの料金表

敬愛クリニック訪問看護ステーション

令和7年4月1日現在

1 訪問看護サービスに対する利用者様の個人負担金は、原則として事業者の法定代理受領として、介護サービス費の1割、2割又は3割をお支払い頂きます。ただし、区分支給限度額基準内単位数を超えた場合には、超えた部分が全額10割負担となります。

2 上記の場合であっても、保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合には、一旦料金の全額をお支払い頂きます。この場合、サービス提供証明書及び領収書を交付しますので、お住いの市区町村に居宅介護サービス費等の支給申請を行ってください。。

3 受給者証の種類によっては、公費が適用になり、自己負担が軽減される場合があります。

4 介護保険法及び健康保険法改正による利用料の変更がある場合には、その規定に従い、本料金表及び重要事項説明書を変更し、利用者へ変更の説明を文書にて行います。

5 下記の介護報酬（自費部分を除く）については、担当のケアマネジャーが作成する利用票及び提供票と連動しております。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。

【　支払う料金のイメージ例　（法定代理受領）　】

1. 基本部分 ＋ 2. 加算部分（該当者のみ） ＋ 3. その他保険適用外部分（該当者のみ）

↓

支払総額

1. 基本部分

要介護

サービス内容		時間	単位数	10割	ご利用料金		
					1割	2割	3割
看護師	訪看Ⅰ1	20分未満	314単位	3,491円	350円	699円	1,048円
	訪看Ⅰ2	30分未満	471単位	5,237円	524円	1,048円	1,572円
	訪看Ⅰ3	30分以上60分未満	823単位	9,151円	916円	1,831円	2,746円
	訪看Ⅰ4	60分以上90分未満	1,128単位	12,543円	1,255円	2,509円	3,763円
准看護師	訪看Ⅰ1・准	20分未満	282単位	3,135円	314円	627円	941円
	訪看Ⅰ2・准	30分未満	423単位	4,703円	471円	941円	1,411円
	訪看Ⅰ3・准	30分以上60分未満	740単位	8,228円	823円	1,646円	2,469円
	訪看Ⅰ4・准	60分以上90分未満	1,015単位	11,286円	1,129円	2,258円	3,386円
リハビリ	訪看Ⅰ5	20分	294単位	3,269円	327円	654円	981円
	訪看Ⅰ5	40分	588単位	6,538円	654円	1,308円	1,962円
	訪看Ⅰ5・2超	60分	792単位	8,807円	881円	1,762円	2,643円

要支援

サービス内容		時間	単位数	10割	ご利用料金		
					1割	2割	3割
看護師	予訪看Ⅰ1	20分未満	303単位	3,369円	337円	674円	1,011円
	予訪看Ⅰ2	30分未満	451単位	5,015円	502円	1,003円	1,505円
	予訪看Ⅰ3	30分以上60分未満	794単位	8,829円	883円	1,766円	2,649円
	予訪看Ⅰ4	60分以上90分未満	1,090単位	12,120円	1,212円	2,424円	3,636円
准看護師	予訪看Ⅰ1・准	20分未満	272単位	3,024円	303円	605円	908円
	予訪看Ⅰ2・准	30分未満	405単位	4,503円	451円	901円	1,351円
	予訪看Ⅰ3・准	30分以上60分未満	714単位	7,939円	794円	1,588円	2,382円
	予訪看Ⅰ4・准	60分以上90分未満	981単位	10,908円	1,091円	2,182円	3,273円
リハビリ	予訪看Ⅰ5	20分	284単位	3,158円	316円	632円	948円
	予訪看Ⅰ5	40分	568単位	6,316円	632円	1,264円	1,895円
	予訪看Ⅰ5・2超	60分	426単位	4,737円	474円	948円	1,422円

2. 加算部分

加算の種類・名称	備考	単位数	10割	ご利用料金			同意欄（日付及び記名又は押印）
				1割	2割	3割	
初回加算（Ⅰ）	初回月に1回	350単位	3,892円	390円	779円	1,168円	年　月　日
	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合に加算します。ただし、初回加算（Ⅱ）を算定している場合は算定しません。						
初回加算（Ⅱ）	初回月に1回	300単位	3,336円	334円	668円	1,001円	年　月　日
	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算します。ただし、初回加算（Ⅰ）を算定している場合は算定しません。						
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	1月に1回	600単位	6,672円	668円	1,335円	2,002円	年　月　日
	(1)利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。 (2)緊急時訪問看護における業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること。						
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	1月に1回	574単位	6,382円	639円	1,277円	1,915円	年　月　日
	利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。						
特別管理加算（Ⅰ）	1月に1回	500単位	5,560円	556円	1,112円	1,668円	年　月　日
	下記の①に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に算定します。						
特別管理加算（Ⅱ）	1月に1回	250単位	2,780円	278円	556円	834円	年　月　日
	下記の②～⑤に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に算定します。						

※特別管理加算は、別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対して、指定訪問看護の実施に関する計管理を行った場合に算定します。別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする状態とは、以下のとおりです。

①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態
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、在宅自己導尿指導管理、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
③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
④真皮を超える褥瘡の状態
⑤点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

加算の種類・名称	備考	単位数	10割	ご利用料金			同意欄 （日付及び記名又は押印）
				1割	2割	3割	
退院時共同指導加算	1回あたり	600単位	6,672円	668円	1,335円	2,002円	年　月　日
	入院中又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行い、その内容を提供した後、初回の指定訪問看護を行った場合に1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）算定します。また初回加算を算定する場合には算定しません。						
長時間訪問看護加算	1回あたり	300単位	3,336円	334円	668円	1,001円	年　月　日
	特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が90分を超える訪問看護を行った場合、訪問看護の所定サービス費（60分以上90分未満）を算定します。						
口腔連携強化加算	1月に1回	50単位	556円	56円	112円	167円	年　月　日
	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対して、当該評価の結果を情報提供した場合に加算します。						
夜間・早朝加算	夜間（18時～22時）・早朝（6～8時）は、基本部分訪問看護費の25％増となります。						年　月　日
深夜加算	深夜（22時～6時）は基本部分訪問看護費の50％増となります。						年　月　日
看護・介護職員連携 強化加算	1月に1回	250単位	2,780円	278円	556円	834円	年　月　日
	たん吸引等を行う訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等を行った場合に算定します。						
体制強化加算（Ⅰ）	1月に1回	550単位	6,116円	612円	1,224円	1,835円	年　月　日
	医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の体制を強化した場合に算定します。						
体制強化加算（Ⅱ）	1月に1回	200単位	2,224円	223円	445円	668円	年　月　日
	医療ニーズの高い利用者への指定訪問看護の体制を強化した場合に算定します。						
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回にあたり	6単位	66円	7円	14円	20円	年　月　日
	当事業所が厚生労働大臣が定める基準に手起動しているものとして届出し、利用者に対して訪問看護を行った場合算定します。						
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1回あたり	3単位	33円	4円	7円	10円	年　月　日
	当事業所が厚生労働大臣が定める基準に手起動しているものとして届出し、利用者に対して訪問看護を行った場合算定します。						

<table>
<tr><th rowspan="2">加算の種類・名称</th><th rowspan="2">備考</th><th rowspan="2">単位数</th><th rowspan="2">10割</th><th colspan="3">ご利用料金</th><th rowspan="2">同意欄
（日付及び記名又は押印）</th></tr>
<tr><th>1割</th><th>2割</th><th>3割</th></tr>
<tr><td rowspan="3">複数名訪問加算（Ⅰ）（同時に2名の看護師等が訪問看護を行った場合）</td><td>30分未満</td><td>254単位</td><td>2,824円</td><td>283円</td><td>565円</td><td>848円</td><td rowspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>30分以上</td><td>402単位</td><td>4,470円</td><td>447円</td><td>894円</td><td>1,341円</td></tr>
<tr><td colspan="7">利用者の以下の理由により、一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合、複数の看護師等（両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士）が同時に訪問看護を行った場合に算定します。
①利用者の身体的理由により一人の看護師等では困難と認められる場合
②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
③その他利用者の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合</td></tr>
<tr><td rowspan="3">複数名訪問加算（Ⅱ）（看護師等と看護補助者が訪問看護を行った場合）</td><td>30分未満</td><td>201単位</td><td>2,235円</td><td>224円</td><td>447円</td><td>671円</td><td rowspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>30分以上</td><td>317単位</td><td>3,525円</td><td>353円</td><td>705円</td><td>1,058円</td></tr>
<tr><td colspan="7">利用者の以下の理由により、一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合、看護師等（保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士）と看護補助者が同時に訪問看護を行った場合に算定します。
①利用者の身体的理由により一人の看護師等では困難と認められる場合
②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
③その他利用者の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ターミナルケア加算</td><td>死亡月に1回</td><td>2,500単位</td><td>27,800円</td><td>2,780円</td><td>5,560円</td><td>8,340円</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある者は1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む）に算定します。

その他別に厚生労働大臣が定める状態にある者とは以下のとおりです。

①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及びパーキンソン病（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）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、ブリオン病、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、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
②急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態</td></tr>
</table>

3. 減算部分

〇理学療法士等の訪問看護について、以下に掲げる基準のいずれかに該当する場合、基本報酬が減算されます。

①当該訪問看護ステーションにおける前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が看護職員による訪問回数を超えていること。

②緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと。

訪問看護	1回	8単位
介護予防訪問看護	1回	8単位

※上記介護予防訪問看護について、利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合、さらに基本報酬が減算されます。

上記の減算が適用となっていない場合	1回　5単位
「理学療法士等の訪問回数が超過してる場合」の減算が適用される場合	1回　15単位

4. その他保険適用外部分（自費）

		同意欄 （日付及び記名又は押印）
◆キャンセル料金	1回　3,000円	年　月　日
◆死後の処置	亡くなられた後のお清め料と処置材料費として10,000円	年　月　日
◆交通費	なし	

介護保険での訪問看護サービスに係る加算説明書

1．緊急時訪問看護加算

利用者またはその家族に対して、電話等により24時間、緊急の連絡や相談に対応でき、
必要に応じて、緊急訪問を行える体制をとっている場合に加算されます。

2．特別管理加算

特別な管理を要する利用者に対して、計画的な管理を行った場合に加算されます。
訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行っています。

①特別管理加算（Ⅰ）　（重症度が高い）

・在宅悪性腫瘍患者指導管理
・在宅気管切開患者指導管理
・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

②特別管理加算（Ⅱ）

・在宅自己腹膜灌流指導管理・在宅酸素療法指導管理
・在宅血液透析指導管理・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
・在宅肺高血圧症患者指導管理
・人口肛門、人口膀胱を設置している状態
・真皮を超える褥瘡の状態
・点滴注射を週3回以上行う必要があると認められる状態

3．初回加算

・新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合に初回月に1回加算されます。
・要支援から要介護になった場合、あるいは要介護から要支援となった場合でも初回月に1回加算されます。
・利用者が過去2ヶ月間に当該訪問看護事業所から訪問看護の提供を受けていない場合に算定されます。

4. 退院時共同指導加算

病院、診療所を退院又は介護老人保健施設を対処前に、在宅生活について、カンファレンスを行った場合、退院、退所後の初回訪問看護の際に1回（特別な場合は2回）加算されます。

5. ターミナルケア加算

在宅で死亡した利用者（介護予防は対象外）について、死亡日及び死亡日前14日以内に２日（回）以上、看取りの看護を行った場合に加算されます。

介護保険での訪問看護サービスに係る加算同意書

		加算内容	単位数	備考
1		緊急時訪問看護加算	574単位	1月につき1回
2①		特別管理加算（Ⅰ）	500単位	1月につき1回
2②		特別管理加算（Ⅱ）	250単位	1月につき1回
3	◯	初回加算	300単位	初回月及び2ヶ月利用がない場合に月1回
4		退院時共同指導加算	600単位	1回につき1回
5		ターミナルケア加算	2000単位	死亡月に1回

（事業所）　　敬愛クリニック訪問看護ステーション

（説明者）　　管理者　小山　さくら　　印

私（利用者及びその家族）は、訪問看護サービスの料金表と加算の同意書を受領し、説明を受け、必要に応じ加算する事に同意します。

西暦　　年　　月　　日

【利用者】

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【代理人】

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（　追加　・　取消　）　加算名称:

西暦　　年　　月　　日

【利用者】

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【代理人】

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ 追加 ・ 取消 ） 加算名称:

西暦　　年　　月　　日

【利用者】

住所

氏名　　印

【代理人】

氏名　　印

（ 追加 ・ 取消 ） 加算名称:

西暦　　年　　月　　日

【利用者】

住所

氏名　　印

【代理人】

氏名　　印

（ 追加 ・ 取消 ） 加算名称:

西暦　　年　　月　　日

【利用者】

住所

氏名　　印

【代理人】

氏名　　印