

ザオーケア訪問看護ステーション八王子

訪問看護料金表【介護保険】(令和 6 年 8 月 10日現在)

<保険単位と基本利用料>

地域区分単価 1 単位 = 11.05 円 (3級地)

* 負担額の計算方法 *

①報酬単位×地域区分単価(円) = A(小数点以下切り捨て)

②A×0.9(1割負担の場合) = B(小数点以下切り捨て)

★負担割合が2割の方は0.8を、3割の方は0.7をかけて下さい

③A-B = 利用者負担額

<訪問看護(要介護1～5認定の方)>

1 割または所得によって 2 割、3 割の負担となります。

	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
訪問看護 I 1(20 分未満)	314	3469	347	694	1041
訪問看護 I 2(30 分未満)	471	5204	521	1041	1562
訪問看護 I 3(30 分以上 60 分未満)	823	9094	910	1819	2729
訪問看護 I 4(60 分以上 90 分未満)	1128	12464	1247	2493	3740
※訪問看護 I 5(1 回 20 分)	294	3248	325	650	975
(上記全て単位は円)					

<介護予防訪問看護(要支援1・2認定の方)>

1 割または所得によって 2 割、3 割の負担となります。

	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
訪問看護 I 1(20 分未満)	303	3348	335	670	1005
訪問看護 I 2(30 分未満)	451	4983	499	997	1495
訪問看護 I 3(30 分以上 60 分未満)	794	8773	878	1755	2632
訪問看護 I 4(60 分以上 90 分未満)	1090	12044	1205	2409	3614
※訪問看護 I 5(1 回 20 分)	284	3138	314	628	942
(上記全て単位は円)					

○夜間(18:00～22:00)または早朝(6:00～8:00)の訪問の場合 上記単位数の25%増

○深夜(22:00～ 6:00)の訪問の場合 上記単位数の50%増

★准看護師による訪問 上記単位数の10%減

★※理学療法士等による訪問

・理学療法士等による訪問看護を1日に2回を超えて実施する場合(60分/1日)

上記単位数の10%減

・理学療法士等による介護予防訪問看護を1日に2回を超えて実施する場合(60分/1日)

上記単位数の50%減

・理学療法士等による訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合

又は特定の加算を算定していない場合

8単位減/1 回

・理学療法士等による介護予防訪問看護を利用開始日から2か月を越えて利用する場合

5単位減/1回(上記の【8単位減】を算定している場合は15単位減)

★利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額によります。

《加算料金》 ご希望によって下記の料金が加算されます。

	単位数	費用額 (10割)	利用者負担額		
			1割	2割	3割
緊急時訪問看護加算(Ⅰ) (ひと月につき)	600	6630	663	1326	1989
緊急時訪問看護加算(Ⅱ) (ひと月につき)	574	6342	635	1269	1903
(上記全て単位は円)					

《加算料金》 病状等によって下記の料金が加算されます。

		単位数	費用額 (10割)	利用者負担額		
				1割	2割	3割
複数名訪問加算(Ⅰ)	30分未満	254	2806	281	562	842
	30分以上	402	4442	445	889	1333
長時間訪問看護加算 (所要時間の通算が1時間30分を超えた場合)		300	3315	332	663	995
特別管理加算 (ひと月につき)	(Ⅰ)	500	5525	553	1105	1658
	(Ⅱ)	250	2762	277	553	829
専門管理加算(ひと月につき) 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア 及び人工膀胱に係る専門の研修を受けた 看護師が計画的な管理を行った場合		250	2762	277	553	829
専門管理加算(ひと月につき) 特定行為研修を修了した看護師が 計画的な管理を行った場合		250	2762	277	553	829
ターミナルケア加算(死亡月につき)		2500	27625	2763	5525	8288
初回加算	(Ⅰ)	350	3867	387	774	1161
	(Ⅱ)	300	3315	332	663	995
退院時共同指導加算		600	6630	663	1326	1989
看護・介護職員連携強化加算		250	2762	277	553	829
口腔連携強化加算(1回につき)		50	552	56	111	166
(上記全て単位は円)						

《その他の療養費》

ターミナルケア療養費		25000	2500	5000	7500
情報提供療養費		1500	150	300	450
エンゼルケア		25000			

(単位:すべて円)