

## 【介護保険】訪問看護ステーション輝楽苑 訪問看護利用料金表

【保険単位】

R3/4/1

I 訪問看護費 地域単価(基本単価×10.21(豊川市:7級地)×利用者負担額)

| 所要時間               | 単位数        |                                       | 備考                                                         |
|--------------------|------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                    | 訪問看護       | 介護予防訪問看護                              |                                                            |
| 20分未満              | 313 単位     | 302 単位                                | ・20分未満の利用は、24時間体制があることと、週に1回は、20分以上の定期的訪問看護が行われている場合に可能です。 |
| 30分未満              | 470 単位/回   | 450 単位/回                              |                                                            |
| 30分以上 60分未満        | 821 単位/回   | 792 単位/回                              |                                                            |
| 60分以上 90分未満        | 1,125 単位/回 | 1,087 単位/回                            |                                                            |
| 定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携 |            | 1月につき 2,954 単位<br>(要介護5の場合は 3,754 単位) |                                                            |

【加算項目及び単位】

| 加算項目                           | 算定単位                 | 備考                                                                    |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 早朝・夜間加算                        | 基本単位の25%増            | ・早朝 6時～8時<br>・夜間 18時～22時                                              |
| 深夜加算                           | 基本単位の50%増            | ・深夜 22時～6時                                                            |
| 長時間訪問看護加算                      | 300 単位/回             | 特別管理加算対象者(60分以上 90分未満)                                                |
| 複数名訪問加算 (I)<br>30分未満<br>30分以上  | 254 単位/回<br>402 単位/回 | ご利用者の同意を得て加算となります。<br>2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合                            |
| 複数名訪問加算 (II)<br>30分未満<br>30分以上 | 201 単位/回<br>317 単位/回 | 看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合                                               |
| 特別管理加算(I)                      | 500 単位/月             | (イ)在宅悪性腫瘍患者管理若しくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態または、気管カニューレ若しくは留置カニューレを使用している状態 |
| 特別管理加算(II)                     | 250 単位/月             | (ロ)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または在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態<br>(ハ)人工肛門または人工膀胱を設置している状態<br>(ニ)真皮を超える褥瘡の状態<br>(ホ)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 |
| 緊急時訪問看護加算<br>(注 1)                                                 | 574 単位/月                 | ・計画外の緊急訪問を行った場合は所要時間に応じた所定単位を算定します。一月のうち 2 回以降には、早朝・夜間・深夜加算を算定します。                                                                         |
| ターミナル加算                                                            | 2,000 単位/1 回             |                                                                                                                                            |
| 初回加算(新規利用者<br>月1回)<br>または退院時共同指導加算(1回・特別管理加算 2<br>回)               | 300 単位/回<br><br>600 単位/回 | どちらか一方の算定                                                                                                                                  |
| (注1) 緊急時訪問看護加算の契約をいただく方には、24 時間看護師への電話連絡が可能で必要時には休日や時間外でも緊急訪問をします。 |                          |                                                                                                                                            |

## Ⅱ 運営規定で定めたその他の費用(実費負担の利用料)

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 区分支給限度額を超えた場合(利用者の 10 割負)                    |
| 死後の処置(実費)6,000 円                             |
| 実施区域を越えた場合①片道 3km以内 1 回 200 円 2km増す毎に 50 円追加 |