

## 訪問看護ステーションおむすび 訪問看護 料金表

令和6年10月1日現在

### 1 訪問看護の介護報酬に係る費用

※1単位： 10.00 円

訪問看護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
(1) 所要時間20分未満の場合	314	314	628	942	24時間体制、 週1回以上
(2) 所要時間30分未満の場合	471	471	942	1,413	
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	823	823	1,646	2,469	
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,128	1,128	2,256	3,384	
複数名訪問加算（I）					1回につき
所要時間30分未満の場合（複数看護師等）	254	254	508	762	
所要時間30分以上の場合（複数看護師等）	402	402	804	1,206	
長時間訪問看護加算	300	300	600	900	1回につき 1時間30分以上
緊急時訪問看護加算（II）					1月につき
訪問看護ステーション	574	574	1,148	1,722	
口腔連携強化加算	50	50	100	150	1月に1回に限り
特別管理加算（I）	500	500	1,000	1,500	1月につき
特別管理加算（II）	250	250	500	750	1月につき
ターミナルケア加算	2,500	2,500	5,000	7,500	死亡月につき
初回加算（I）	350	350	700	1,050	1月につき
初回加算（II）	300	300	600	900	1月につき
退院時共同指導加算	600	600	1,200	1,800	1回（特別な管理を必要とする利用者は2回）に限り
専門管理加算Ⅰ（イ） (褥瘡ケア又は人工肛門ケアおよび人工膀胱ケアに係る研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合)	250	250	500	750	1月に1回に限り
看護・介護職員連携強化加算	250	250	500	750	1月に1回に限り
早朝・夜間・深夜の訪問介護の場合					
(1) 夜間（午後6時～午後10時）・早朝（午前6時～午前8時）	所定単位数×25/100を加算				
(2) 深夜（午後10時～午前6時）	所定単位数×50/100を加算				

\*利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×10.00円=○○円（1円未満切り捨て）

○○円-（○○円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

\*利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

### 2 その他の費用

項目	金額	説明
エンゼルケア（自費）	10,000円	亡くなった方の尊厳を守りながら、清拭や着替えなどの身体を整えるケアです。ご遺族の気持ちに寄り添い、故人様との別れを大切にするために行われます。
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（北見市（常呂を除く））にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、 片道 1kmあたり 22円

### 3 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担1割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。

## 訪問看護ステーションおむすび 介護予防訪問看護 料金表

令和6年10月1日現在

### 1 介護予防訪問看護の介護報酬に係る費用

※1単位：10.00 円

介護予防訪問看護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	
(1) 所要時間20分未満の場合	303	303	606	909	24時間体制、週1回以上
(2) 所要時間30分未満の場合	451	451	902	1,353	
(3) 所要時間30分以上1時間未満の場合	794	794	1,588	2,382	
(4) 所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,090	1,090	2,180	3,270	
複数名訪問加算（I）					1回につき
所要時間30分未満の場合（複数看護師等）	254	254	508	762	
所要時間30分以上の場合（複数看護師等）	402	402	804	1,206	
長時間介護予防訪問看護加算	300	300	600	900	1回につき 1時間30分以上
緊急時介護予防訪問看護加算（II）					1月につき
訪問看護ステーション	574	574	1,148	1,722	
口腔連携強化加算	50	50	100	150	1月に1回に限り
専門管理加算I（イ） (褥瘡ケア又は人工肛門ケアおよび人工膀胱ケアに係る研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合)	250	250	500	750	1月に1回に限り
特別管理加算（I）	500	500	1,000	1,500	1月につき
特別管理加算（II）	250	250	500	750	1月につき
初回加算（I）	350	350	700	1,050	1月につき
初回加算（II）	300	300	600	900	1月につき
退院時共同指導加算	600	600	1,200	1,800	1回(特別な管理を必要とする利用者については2回)に限り
早朝・夜間、深夜の訪問介護の場合					
(1) 夜間（午後6時～午後10時）・早朝（午前6時～午前8時）		所定単位数×25/100を加算			
(2) 深夜（午後10時～午前6時）		所定単位数×50/100を加算			

※利用者負担額（1割、2割又は3割）の算出方法

単位数×10.00円=○○円（1円未満切り捨て）

○○円-（○○円×0.9、0.8又は0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

※利用者負担額欄は各負担割合に応じて単位数を円に換算し表示したものです。

ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。

### 2 その他の費用

項目	金額	説明
エンゼルケア（自費）	10,000円	亡くなつた方の尊厳を守りながら、清拭や着替えなどの身体を整えるケアです。ご遺族の気持ちに寄り添い、故人様との別れを大切にするために行われます。
交通費	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（北見市（常呂を除く））にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。 通常の事業の実施地域を越えた所から、片道 1kmあたり 22円

### 3 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬告示上の額と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。