

《 特別養護老人ホーム わとなーる葛西 料金表 》

一か月あたりの基本的な料金（30日の場合）

・介護報酬1割負担の場合（円）

負担限度額認定	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1	57,300	60,000	82,500	103,800	127,230
要介護2	59,730	62,430	84,930	106,230	129,660
要介護3	62,400	65,100	87,600	108,900	132,330
要介護4	64,920	67,620	90,120	111,420	134,850
要介護5	67,320	70,020	92,520	113,820	137,250

・介護報酬2割負担、3割負担の場合（円）

負担限度額認定	2割負担	3割負担
	第4段階	第4段階
要介護1	150,900	174,570
要介護2	155,790	181,920
要介護3	161,100	189,870
要介護4	166,140	197,430
要介護5	170,970	204,690

※一か月あたりの基本的な料金＝①施設入所者生活介護サービス費＋②自己負担額

内 訳（一日当たり）

施設入所者生活介護サービス費

介護認定	単位数	一日あたりの 介護報酬 ^(*) (円)	一日あたりの自己負担額 ^(**) (円)		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	652	7,891	790	1,579	2,368
要介護2	720	8,709	871	1,742	2,613
要介護3	793	9,592	960	1,919	2,878
要介護4	862	10,431	1,044	2,087	3,130
要介護5	929	11,237	1,124	2,248	3,372

自己負担額（円）

負担限度額認定	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300	390	650	1,360	1,445
居住費 (ユニット型個室)	820	820	1,310	1,310	2,006
合計	1,120	1,210	1,960	2,670	3,451

※ 負担限度額認定については、江戸川区介護保険課にて申請してください。

※ 入院・外泊に居室が確保されている場合は、居住費をご請求します。

加算項目

日単位

	単位数	1日あたりの介護報酬(円)	1日あたりの自己負担額(円)			
			1割負担	2割負担	3割負担	
日常生活継続支援加算	46	555	56	111	167	
看護体制加算	(Ⅰ)	4	43	5	9	13
	(Ⅱ)	8	98	10	20	30
夜勤職員配置加算 (Ⅱ) ロ	18	207	21	42	63	
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12	141	15	29	43	
若年性認知症入居者受入加算	120	1,449	145	290	435	
精神科医療養加算	5	54	6	11	17	
常勤医師配置加算	25	305	31	61	92	
初期加算	30	359	36	72	108	
外泊時費用	246	2,975	298	595	893	
外泊時在宅サービス利用費用	560	6,768	677	1,354	2,031	
栄養マネジメント強化加算	11	130	13	26	39	
看取り介護加算 (Ⅰ)	死亡日以前31日以上45日以下	72	872	88	175	262
	死亡日以前4日以上30日以下	144	1,744	175	349	524
	死亡日の前日及び前々日	680	8,218	822	1,644	2,466
	死亡日	1280	15,488	1,549	3,098	4,647
看取り介護加算 (Ⅱ)	死亡日以前31日以上45日以下	72	872	88	175	262
	死亡日以前4日以上30日以下	144	1,744	175	349	524
	死亡日以前4日以上30日以下	780	9,439	944	1,888	2,832
	死亡日	1580	19,118	1,912	3,824	5,736
在宅復帰支援機能加算	10	119	12	24	36	
在宅・入所相互利用加算	40	479	48	96	144	

認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	3	32	4	7	10
	(Ⅱ)	4	43	5	9	13
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200	2,419	242	484	726
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	22	272	28	55	82
	(Ⅱ)	18	207	21	42	63
	(Ⅲ)	6	65	7	13	20

月単位

	単位数	1月あたりの介護報酬(円)	1月あたりの自己負担額(円)			
			1割負担	2割負担	3割負担	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	1,209	121	242	363	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算を算定している場合	100	1,209	121	242	363
	個別機能訓練加算を算定していない場合	200	2,419	242	484	726
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	250	25	50	75	
ADL維持等加算	(Ⅰ)	30	259	36	72	108
	(Ⅱ)	60	730	73	146	219
排せつ支援加算	(Ⅰ)	10	119	12	24	36
	(Ⅱ)	15	174	18	35	53
	(Ⅲ)	20	250	25	50	75
	(Ⅳ)	100	1,209	121	242	363
褥瘡マネジメント加算	(Ⅰ)	3	32	4	7	10
	(Ⅱ)	13	152	16	31	46
	(Ⅲ)	10	119	12	24	36
自立支援促進加算		300	3,629	363	726	1,089
CHASE(LIFEへのデータ提出)の加算	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	479	48	96	144
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50	599	60	120	180
口腔衛生管理加算	(Ⅰ)	90	1,079	108	216	324
	(Ⅱ)	110	1,329	133	266	399
経口維持加算	(Ⅰ)	400	4,839	484	968	1,452
	(Ⅱ)	100	1,209	121	242	363

回単位（1回につき算定）

	単位数	1回あたりの介護報酬(円)	1回あたりの自己負担額(円)		
			1割負担	2割負担	3割負担
再入所時栄養連携加算	400	4,839	484	968	1,452
療養食加算	6	65	7	13	20
退所前訪問相談援助加算	460	5,559	556	1,112	1,668
退所後訪問相談援助加算	460	5,559	556	1,112	1,668
退所時相談援助加算	400	4,839	484	968	1,452
退所前連携加算	500	6,060	606	1,212	1,818

*自己負担額は、法定代理受領サービスとして介護報酬の1割、2割、又は3割です。

*算定要件を満たした場合に算定するので、加算項目を変更する場合があります。

*処遇改善加算(I)

当該サービスの月の利用単位数×83/1000の1割、2割、又は3割が負担額です。

*地域区分単価（1単位に10.90円を乗じます。）

*特定処遇改善加算(I)

当該サービスの月の利用単位数×27/1000の1割、2割、又は3割が負担額です。

*介護職員等ベースアップ等支援加算

当該サービスの月の利用単位数×16/1000の1割が負担額です。

*地域区分単価（1単位に10.90円を乗じます。）

付則

- (1) この特別養護老人ホーム わとなーる葛西 料金表は、令和4年10月1日から実施する。
- (2) 内容に変更がある場合には、その都度作成し、利用者に説明、書面です承を得るものとする。

事業者

住 所 東京都江戸川区東葛西7-19-8

名 称 特別養護老人ホーム わとなーる葛西

代表者名 施設長 羽 賀 靖

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者

氏名

印

保証人

氏名

印