

## 重要事項説明書

別紙1 [5 (1) (2) 関係]

## 老人デイサービス 興寿苑

## 利用料金表

## 1. 介護保険給付サービス費（自己負担金額）

[通所介護] (通常規模／7時間以上8時間未満)

(令和6年6月1日より適用)

保 險 給 付 内 サ ー ビ ス 利 用 料	基 本 施 設 サ ー ビ ス 費	算定項目 (単位)	要介護区分	介護報酬額	利用者負担割合			
					1割負担	2割負担	3割負担	
通常規模型通所介護費 7時間以上8時間未満		要介護1	6,935円	694円	1,387円	2,081円		
		要介護2	8,189円	819円	1,638円	2,457円		
		要介護3	9,486円	949円	1,898円	2,846円		
		要介護4	10,782円	1,079円	2,157円	3,235円		
		要介護5	12,099円	1,210円	2,420円	3,630円		
加算サービス費		項目	単位	介護報酬額	利用者負担割合			
		入浴介助加算Ⅰ	1回につき	421円	43円	85円	127円	
		口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき(6月に1回限度)	210円	21円	42円	63円	
		栄養改善加算	1回につき(月2回限度)	2,108円	211円	422円	633円	
		サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1回につき	189円	19円	38円	57円	
		若年性認知症受入加算	1回につき	632円	64円	127円	190円	
		科学的介護推進体制加算	1月につき	421円	43円	85円	127円	
		介護職員等処遇改善新加算(Ⅰ)	1月につき	上記の該当金額の合計の9.2%	左記の1割	左記の2割	左記の3割	

\*計算方法：(単位合計数×日数×10.54円) - (単位合計数×日数×10.54円×0.9(0.8、0.7)) = 利用者負担額(1割、2割、3割)

\*端数処理により、自己負担額が異なることがあります。

## 2. 第1号通所事業(通常規模／7時間以上8時間未満)

(令和6年6月1日より適用)

基本 報 酬	区分	対象	単位	利用者負担割合		
				1割負担	2割負担	3割負担
週に1回程度	事業対象者・要支援1		436単位/回	460円	919円	1,379円
			月5回以上の場合 1,798単位/月	1,895円	3,790円	5,685円
週に2回程度	事業対象者・要支援2		447単位/回	472円	943円	1,414円
			月9回以上の場合 3,621単位/月	3,817円	7,633円	11,450円
加算サービス費	項目	単位	介護報酬額	利用者負担割合		
				1割負担	2割負担	3割負担
	口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	1回につき(6月に1回限度)	210円	21円	42円	63円
	栄養改善加算	1回につき(月2回限度)	2,108円	211円	422円	633円
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1(1月につき)	758円	76円	152円	228円
		事業対象者・要支援2(1月につき)	1,517円	152円	304円	456円
	若年性認知症受入加算	1回につき	2,529円	253円	506円	759円
	科学的介護推進体制加算	1月につき	421円	43円	85円	127円
	介護職員等処遇改善新加算(Ⅰ)	1月につき	上記の該当金額の合計の9.2%	左記の1割	左記の2割	左記の3割

\*計算方法：(単位合計数×日数×10.54円) - (単位合計数×日数×10.54円×0.9(0.8、0.7)) = 利用者負担額(1割、2割、3割)

\*端数処理により、自己負担額が異なることがあります。

## 4. 介護保険給付以外のサービス費

(令和7年4月1日より適用)

種類	単位	金額	説明
食費	1回	790円	おやつ代を含みます
お む つ 代	テープ型 (M)	45円	ご利用者のご希望により提供した場合 (ご持参された場合は無料)
	テープ型 (L)	52円	
	パンツタイプ (M-L)	41円	
	パンツタイプ (LL)	46円	
	尿とりパット	12円	
レクリエーション費	1回	実費	材料費

※おむつ代は消費税が別途かかります。