

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）

保険 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		
		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	テーブル型 (M)	1 枚	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)
	テーブル型 (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。