デイサービスはまむら（日常生活支援総合事業）利用料金表

■基本利用料金＜鳥取市介護予防・日常生活支援総合事業＞

対象	回数等	サービス内容略称	ご利用者様負担額			算定要件
			1割	2割	3割	
要支援1 事業対象者	週1回程度	通所型独自サービス1回数	436/回	872/回	1308/回	1ヶ月の提供回数が4回までの場合
		通所型独自サービス1	1798/月	3596/月	5394/月	1ヶ月の提供回数が4回を超えた場合
要支援2	週1回程度	通所型独自サービス22回数	436/回	872/回	1308/回	1ヶ月の提供回数が4回までの場合
		通所独自サービス	1798/月	3596/月	5394/月	1ヶ月の提供回数が4回を超えた場合
要支援2	週2回程度	通所型独自サービス2回数	447/回	894/回	1341/回	1ヶ月の提供回数が8回までの場合
		通所型独自サービス2	3621/月	7242/月	10863/月	1ヶ月の提供回数が8回を超えた場合

対象	加算	ご利用者様負担額(月)			算定回数等
		1割	2割	3割	
事業対象者、要支援1、要支援2 (週1回程度)	サービス提供体制加算Ⅰ	88	176	264	1月につき
要支援2(週2回程度)	サービス提供体制加算Ⅰ	176	352	528	
事業対象者、要支援1、要支援2 (週1回程度)	サービス提供体制強化加算Ⅱ	72	144	216	1月につき
要支援2(週2回程度)	サービス提供体制強化加算Ⅱ	72	144	216	
事業対象者、要支援1、要支援2 (週1回程度)	口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	20	40	60	6月に1回を限度
事業対象者、要支援1、要支援2 (週1回程度)	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	5	10	15	
事業対象者、要支援1、要支援2	科学的介護推進体制加算	40	80	120	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	9.20%			所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定
事業対象者、要支援1、要支援2	生活機能向上グループ活動加算	100	200	300	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	口腔機能向上加算Ⅰ	150	300	450	6月に1回を限度
事業対象者、要支援1、要支援2	口腔機能向上加算Ⅱ	160	320	480	
事業対象者、要支援1、要支援2	栄養アセスメント加算	50	100	150	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	栄養改善加算	200	400	600	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	一体的サービス提供加算	480	960	1440	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	若年性認知症受入加算	240	480	720	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2 (週1回程度)	同一建物減算	-94	-188	-282	1回につき
要支援2(週2回程度)	同一建物減算	-94	-188	-282	1回につき
事業対象者、要支援1、要支援2 (月4回を超えた場合)	同一建物減算	-376	-752	-1128	1月につき
要支援2(週8回を超えた場合)	同一建物減算	-752	-1504	-2256	1月につき
事業対象者、要支援1、要支援2	送迎減算	-47	-94	-141	1回につき

■実費

食費	567	1食につき(昼食)	
日用品費	110	1日につき	
おむつ代	リハビリパンツ	198	1枚につき
	オムツ(テープ)	165	1枚につき
	パッド	55	1枚につき