

平成デイサービスセンター海南 利用料(令和元年 10月改定)

住所：海南市孟子字波免 709-1

電話：073-486-0788 FAX：073-486-0822

事業所番号：3071400620

介護予防通所介護相当サービス費(海南市・紀の川市在住の方)

介護予防通所介護相当	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援 1	1655 単位/月	3310 単位/月	4965 単位/月
要支援 2	3393 単位/月	6786 単位/月	10179 単位/月
事業対象者	1655 単位/月	3310 単位/月	4965 単位/月
サービス提供体制強化加算 I (イ)	支援1 72 単位/月	支援1 144 単位/月	支援1 216 単位/月
	支援2 144 単位/月	支援2 288 単位/月	支援2 432 単位/月
運動器機能向上加算	225 単位/月	450 単位/月	675 単位/月
栄養改善加算	150 単位/月	300 単位/月	450 単位/月
口腔機能向上加算	150 単位/月	300 単位/月	450 単位/月
栄養スクリーニング加算	5 単位/6 ヶ月	10 単位/6 ヶ月	15 単位/6 ヶ月
介護職員処遇改善加算 I	所定単位数に 5.9%	所定単位数に 5.9%	所定単位数に 5.9%
介護職員等特定処遇改善加算 I	所定単位数に 1.2%	所定単位数に 1.2%	所定単位数に 1.2%

通所型サービスA(緩和型)サービス費(紀美野町在住の方)

通所型サービス(緩和型)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
要支援1 (週1回程度) 1か月で5回まで	324 単位/回	648 単位/回	972 単位/回
要支援2 (週2回程度) 1か月で10回まで	324 単位/回	648 単位/回	972 単位/回
事業対象者(週1~2回程度) 1か月10回まで	324 単位/回	648 単位/回	972 単位/回

その他の費用

食費 昼食：300円

おむつ代 実費

平成デイサービスセンター海南 1割負担利用料 (R元年10月改定)

住所：海南市孟子字波免 709-1

電話：073-486-0788 FAX：073-486-0822

事業所番号：3071400620

(通常規模型通所介護費)

通所介護費	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要介護1	364	382	561	575	648	659
要介護2	417	438	663	679	765	779
要介護3	472	495	765	784	887	902
要介護4	525	551	867	888	1008	1026
要介護5	579	608	969	993	1130	1150

(加算) ※ 共通

中重度者ケア体制加算	45単位/1回
栄養スクリーニング加算	5単位/6ヶ月に1回
サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	18単位//1日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に1.2%

(加算) ※ 対象者のみ

入浴介助加算	50単位/1回
個別機能訓練加算Ⅱ	56単位/1回
認知症加算	60単位/1回
栄養改善加算	150単位/3ヶ月内/月2回を限度
口腔機能向上加算	150単位/3ヶ月内/月2回を限度

その他の費用

食費 昼食：300円

夕食：無料

おむつ代：実費

平成デイサービスセンター海南 2割負担利用料 (令和元年10月改定)

住所：海南市孟子字波免 709-1

電話：073-486-0788 FAX：073-486-0822

事業所番号：3071400620

(通常規模型通所介護費)

通所介護費	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要介護1	728	764	1122	1150	1296	1318
要介護2	834	876	1326	1358	1530	1558
要介護3	944	990	1530	1568	1774	1804
要介護4	1050	1102	1734	1776	2016	2052
要介護5	1158	1216	1938	1986	2260	2300

(加算) ※ 共通

中重度者ケア体制加算	90単位/1回
栄養スクリーニング加算	10単位/6ヶ月に1回
サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	36単位//1日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に1.2%

(加算) ※ 対象者のみ

入浴介助加算	100単位/1回
個別機能訓練加算Ⅱ	112単位/1回
認知症加算	120単位/1回
栄養改善加算	300単位/3ヶ月内/月2回を限度
口腔機能向上加算	300単位/3ヶ月内/月2回を限度

その他の費用

食費 昼食：300円

夕食：無料

おむつ代：実費

平成デイサービスセンター海南 3割負担利用料 (令和元年10月改定)

住所：海南市孟子字波免 709-1

電話：073-486-0788 FAX：073-486-0822

事業所番号：3071400620

(通常規模型通所介護費)

通所介護費	3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間	8～9時間
要介護1	1092	1146	1683	1725	1944	1977
要介護2	1251	1314	1989	2037	2295	2337
要介護3	1416	1485	2295	2352	2661	2706
要介護4	1575	1653	2601	2664	3024	3078
要介護5	1737	1824	2907	2979	3390	3450

(加算) ※ 共通

中重度者ケア体制加算	135単位/1回
栄養スクリーニング加算	15単位/6ヶ月に1回
サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)	54単位//1日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に5.9%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に1.2%

(加算) ※ 対象者のみ

入浴介助加算	150単位/1回
個別機能訓練加算Ⅱ	168単位/1回
認知症加算	180単位/1回
栄養改善加算	450単位/3ヶ月内/月2回を限度
口腔機能向上加算	450単位/3ヶ月内/月2回を限度

その他の費用

食費 昼食：300円

夕食：無料

おむつ代：実費