



通所介護・介護予防通所サービス  
事業所番号：2277200727

大規模Ⅱ型

〒430-0852

静岡県浜松市南区領家 1-3-30

TEL 053-411-7070

FAX 053-411-7071



## リハビリデイサービスファイブりょうけ 料金表

※リハビリデイサービスファイブりょうけは、リハビリデイサービスファイブ(寺脇)のサテライトです。

### 基本情報

| サービス提供時間 |            |      |             | 定員      | 営業日                            | サービス提供範囲         |
|----------|------------|------|-------------|---------|--------------------------------|------------------|
| 1日利用     | なし         |      |             | 午前 20 名 | 月曜日～土曜日 (祝日も営業)<br>日曜定休・年末年始休み | 浜松市中心区・<br>東区・南区 |
| 午前利用     | 9:10～12:10 | 午後利用 | 13:15～16:15 | 午後 15 名 |                                |                  |

### 通所介護の方

| 基本単位 | 介護度   | 午前または午後 (3時間以上4時間未満) |         |        |
|------|-------|----------------------|---------|--------|
|      |       | 項目                   | サービスコード | 単位数    |
|      | 要介護 1 | Ⅲ 11                 | 153686  | 338 /回 |
|      | 要介護 2 | Ⅲ 12                 | 153687  | 387 /回 |
|      | 要介護 3 | Ⅲ 13                 | 153688  | 438 /回 |
|      | 要介護 4 | Ⅲ 14                 | 153689  | 486 /回 |
|      | 要介護 5 | Ⅲ 15                 | 153690  | 537 /回 |

「単位」を「円」として 10.14 倍した金額になります。  
その内 7 割～9 割が介護保険、1 割～3 割が自己負担額です。

| 加算単位 | サービスコード | サービス内容      | 単位数               |
|------|---------|-------------|-------------------|
|      | 155052  | 個別機能訓練加算Ⅱ   | 56 /回             |
|      | 156108  | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数の 59/1000 /回 |

### 第1号通所事業の方

| 基本単位 |       | サービスコード | 単位数      | 備考             |
|------|-------|---------|----------|----------------|
|      | 事業対象者 | A61111  | 1,647 /月 |                |
|      | 要支援 1 |         |          |                |
|      | 要支援 2 | A61221  | 1,647 /月 | 週 1 回程度の場合     |
|      |       | A61121  | 3,377 /月 | 週 1 回を超える程度の場合 |

「単位」を「円」として 10.14 倍した金額になります。  
その内 7 割～9 割が介護保険、1 割～3 割が自己負担額です。

| 加算単位 | サービスコード | サービス内容      | 事業対象者 | 要支援 1 | 要支援 2 | 単位数               |
|------|---------|-------------|-------|-------|-------|-------------------|
|      | A65002  | 運動器機能向上加算   | ●     | ●     | ●     | 225 /月            |
|      | A65012  |             |       |       | ●     |                   |
|      | A65005  | 事業所評価加算     | ●     | ●     | ●     | 120 /月            |
|      | A65015  |             |       |       | ●     |                   |
|      | A66100  | 介護職員処遇改善加算Ⅰ | ●     | ●     | ●     | 所定単位数の 59/1000 /月 |

### その他実費負担

| 基本料金 | 形態 | 昼食代   | おやつ代  | 合計    |
|------|----|-------|-------|-------|
|      | 午前 | 460 円 | —     | 460 円 |
|      | 午後 | —     | 255 円 | 255 円 |

連絡なしでキャンセルの場合

|                 |         |
|-----------------|---------|
| 当日朝 8 時までに連絡無し  | 1,000 円 |
| 当日朝 10 時までに連絡無し |         |

▼ご利用者の急な病変、入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。  
▼要支援の方は 1,000 円の加算はありません。  
昼食代とおやつ代のみです。

| オミーン | 送迎          |                                |
|------|-------------|--------------------------------|
|      | 100 円 / 1km | サービス提供範囲内は無料。<br>範囲を越えた分の往復料金。 |

| 介護認定無し | 料金 | 備考             |
|--------|----|----------------|
|        | 午前 | 3,000 円 昼食代込み  |
|        | 午後 | 3,000 円 おやつ代込み |

| お試し | 料金 | 備考    |
|-----|----|-------|
|     | 午前 | 500 円 |
|     | 午後 | 500 円 |

左記は、介護認定を受けずに自費で通所を希望される場合の 1 回の料金です。



キャンセルの連絡は日曜日もお受けいたします。  
見学・お試し利用も随時受け付けております。  
どうぞお気軽にお問い合わせ下さい。