

医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ利用料金表 (入所)

令和8年6月 現在

| 【介護保険適用項目】 | | | 多床室 | 個室 |
|------------|---------------------------|---|--------|------|
| 基本料金 | 要介護1 | 日 | 793円 | 717円 |
| | 要介護2 | 日 | 843円 | 763円 |
| | 要介護3 | 日 | 908円 | 828円 |
| | 要介護4 | 日 | 961円 | 883円 |
| | 要介護5 | 日 | 1,012円 | 932円 |
| 加算料金 | 初期加算(Ⅰ) | 日 | | 60円 |
| | 初期加算(Ⅱ) | 日 | | 30円 |
| | 夜勤職員配置加算 | 日 | | 24円 |
| | サービス体制強化Ⅰ | 日 | | 22円 |
| | 療養食加算 | 回 | | 6円 |
| | 短期集中リハビリテーション(Ⅰ) | 日 | | 258円 |
| | 短期集中リハビリテーション(Ⅱ) | 日 | | 200円 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅰ) | 日 | | 240円 |
| | 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ) | 日 | | 120円 |
| | 認知症ケア加算 | 日 | | 76円 |
| | 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 日 | | 3円 |
| | 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 日 | | 4円 |
| | 若年性認知症利用者受入 | 日 | | 120円 |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応 | 日 | | 200円 |
| | 所定疾患施設療養費(Ⅰ) | 日 | | 239円 |
| | 退所時栄養情報連携加算 | 回 | | 70円 |
| | 再入所時栄養連携加算 | 回 | | 200円 |
| | 経口移行 | 日 | | 28円 |
| | 経口維持加算(Ⅰ) | 月 | | 400円 |
| | 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 月 | | 90円 |
| | 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) | 回 | | 450円 |
| | 入所前後訪問指導加算(Ⅱ) | 回 | | 480円 |
| | 試行的退所時指導 | 回 | | 400円 |
| | 退所時情報提供加算(Ⅰ) (居宅) | 回 | | 500円 |
| | 退所時情報提供加算(Ⅱ) (医療機関) | 回 | | 250円 |
| | 入退所前連携加算(Ⅰ) | 回 | | 600円 |
| | 入退所前連携加算(Ⅱ) | 回 | | 400円 |
| | 訪問看護指示 | 回 | | 300円 |
| | 外泊時費用 | 回 | | 362円 |
| | 外泊時費用(在宅サービス提供) | 回 | | 800円 |
| | 緊急時治療管理 | 回 | | 518円 |
| | 安全対策体制加算 【入所初日のみ】 | 日 | | 20円 |
| | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 月 | | 40円 |
| | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ | 回 | | 70円 |
| | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) | 月 | | 33円 |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | 日 | | 51円 |
| | 協力医療機関連携体制加算 | 月 | | 50円 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 月 | | 10円 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) | 月 | | 5円 |
| | 新興感染症等施設療養費 | 日 | | 240円 |
| | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 月 | | 10円 |
| | 処遇改善加算Ⅰイ | 月 | | 9.0% |

| 【実費利用料金項目】 | | | |
|-----------------------|----------|--|--------------------------|
| 利用料金 | 個室代 A | 日 | 室料 1,728円 特別室料 ※ 330円 |
| | 個室代 B | 日 | 1,728円 |
| | 二人室 | 日 | 室料 470円 特別室料 ※ 550円 |
| | 多床室 | 日 | 470円 |
| | 食費 | 日 | 1,730円 |
| | 理美容代 | 回 | 2,000円 |
| | 電気料(1機種) | 日 | ※ 55円 |
| | 洗濯代 | Kg | 500円 |
| | 予防接種 | 回 | 実費 |
| | 文書料 | 医師が作成する診断書等 | |
| 利用者のご希望により事務職員が作成する文書 | | ※実費 (作成に要した時間に応じていただきます) 例:領収証明書(1月分220円) | |

- サービス提供とは関係のない費用については実費請求させていただきます。
- ※印の料金につきましては消費税込みの料金です。

介護保険適用項目につきましては1割負担の場合の料金です

医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ利用料金表 (短期入所療養介護)

令和8年6月 現在

| 【介護保険適用項目】 | | | 短期入所 | | 介護予防短期入所 | |
|------------|---------------------------|----|-----------|--------|----------|------|
| | | | 多床室 | 個室 | 多床室 | 個室 |
| 基本料金 | 要支援1 | 日 | | | 613円 | 579円 |
| | 要支援2 | 日 | | | 774円 | 726円 |
| | 要介護1 | 日 | 830円 | 753円 | | |
| | 要介護2 | 日 | 880円 | 801円 | | |
| | 要介護3 | 日 | 944円 | 864円 | | |
| | 要介護4 | 日 | 997円 | 918円 | | |
| | 要介護5 | 日 | 1,052円 | 971円 | | |
| | 特定介護老人保健施設短期入所療養介護(3~4時間) | | | 664円 | | |
| | 特定介護老人保健施設短期入所療養介護(4~6時間) | | | 927円 | | |
| | 特定介護老人保健施設短期入所療養介護(6~8時間) | | | 1,296円 | | |
| 加算料金 | 夜勤職員配置加算 | 日 | | 24円 | | 24円 |
| | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 日 | | 22円 | | 22円 |
| | 療養食加算 | 回 | | 8円 | | 8円 |
| | 個別リハビリテーション | 日 | | 240円 | | 240円 |
| | 認知症ケア加算 | 日 | | 76円 | | |
| | 若年性認知症利用者受入 | 日 | (特定短期60円) | 120円 | | 120円 |
| | 認知症行動・心理症状緊急対応 | 日 | | 200円 | | 200円 |
| | 緊急短期入所受入対応 | 日 | | 90円 | | |
| | 送迎加算 | 片道 | | 184円 | | 184円 |
| | 緊急時治療管理 | 回 | | 518円 | | 518円 |
| | 重度療養管理加算 | 日 | | 120円 | | |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | 日 | | 51円 | | 51円 |
| | 口腔連携強化加算 | 回 | | 50円 | | 50円 |
| | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 月 | | 10円 | | 10円 |
| 処遇改善加算Ⅰロ | 月 | | 9.7% | | 9.7% | |

| 【実費利用料項目】 | | | |
|-----------|-----------------------|----|--|
| 利用料金 | 個室代 A | 日 | 室料 1,728円 特別室料 ※ 330円 |
| | 個室代 B | 日 | 1,728円 |
| | 二人室 | 日 | 室料 470円 特別室料 ※ 550円 |
| | 多床室 | 日 | 470円 |
| | 食費 | 日 | 1,730円 (朝400円 昼680円 夕650円) |
| | お預かり料 | 時間 | (特定短期入所の時間以外) 500円 |
| | 理美容代 | 回 | 2,000円 |
| | 電気料(1機種) | 日 | ※ 55円 |
| | 洗濯代 | Kg | 500円 |
| | 予防接種 | 回 | 実費 |
| 文書料 | 医師が作成する診断書等 | | ※1,100円~11,000円 |
| | 利用者のご希望により事務職員が作成する文書 | | ※実費 (作成に要した時間に応じていただきます) 例:領収証明書(1月分220円) |

- サービス提供とは関係のない費用については実費請求させていただきます
- ※印の料金につきましては消費税込みの料金です。

介護保険適用項目につきましては1割負担の場合の料金です

医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ利用料金表 (通所リハビリテーション)

令和8年6月 現在

| 【介護保険適用項目】 | | | 通所リハビリテーション(通常規模) | | | | | | | 介護予防 通所リハビリテーション | |
|-------------------------|-----------------------------|------|-------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------------------------|------------------|
| | | | 1～2時間 | 2～3時間 | 3～4時間 | 4～5時間 | 5～6時間 | 6～7時間 | 7～8時間 | (月額) | |
| 基本 料金 | 要支援1 | 日 | | | | | | | | 2,268円 | |
| | 要支援2 | 日 | | | | | | | | 4,228円 | |
| | 要介護1 | 日 | 369円 | 383円 | 486円 | 553円 | 622円 | 715円 | 762円 | | |
| | 要介護2 | 日 | 398円 | 439円 | 565円 | 642円 | 738円 | 850円 | 903円 | | |
| | 要介護3 | 日 | 429円 | 498円 | 643円 | 730円 | 852円 | 981円 | 1,046円 | | |
| | 要介護4 | 日 | 458円 | 555円 | 743円 | 844円 | 987円 | 1,137円 | 1,215円 | | |
| 要介護5 | 日 | 491円 | 612円 | 842円 | 957円 | 1,120円 | 1,290円 | 1,379円 | | | |
| 加 算 料 金 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 日 | | | | | | | 22円 | 要支援1 88円 要支援2 176円 | |
| | 利用開始から1年を超え、要件を満たしていない場合の減算 | 月 | | | | | | | | 要支援1 ▲120円 要支援2 ▲240円 | |
| | リハビリテーション提供体制加算 | 日 | | | 12円 | 16円 | 20円 | 24円 | 28円 | | |
| | リハビリテーションマネジメント加算 Ⅰ | 月 | 開始日から6月以内 | | | | | | | 593円 | |
| | | 月 | 開始日から6月超 | | | | | | | 273円 | |
| | 短期集中リハビリテーション | 日 | | | | | | | | 110円 | |
| | 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅰ) | 日 | | | | | | | | 240円 | |
| | 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ) | 月 | | | | | | | | 1,920円 | |
| | 若年性認知症利用者受入 | 日 | | | | | | | | 60円 | 240円 |
| | 栄養改善 | 回 | | | | | | | | 200円 | 2つ実施した場合 480円 |
| | 口腔機能向上(Ⅰ) | 回 | | | | | | | | 150円 | |
| | 送迎減算 | 片道 | | | | | | | | ▲47円 | |
| | 重度療養管理加算 | 日 | | | | | | | | 100円 | |
| | 入浴加算Ⅰ | 日 | | | | | | | | 40円 | |
| | 中重度者ケア体制加算 | 日 | | | | | | | | 20円 | |
| | 中山間地域加算 | - | | | | | | | | 5% | 5% |
| | 科学的介護推進体制加算 | 月 | | | | | | | | 40円 | 40円 |
| | 8時間以上 9時間未満 | 回 | | | | | | | | 50円 | |
| | 9時間以上 10時間未満 | 回 | | | | | | | | 100円 | |
| | 10時間以上 11時間未満 | 回 | | | | | | | | 150円 | |
| 11時間以上 12時間未満 | 回 | | | | | | | | 200円 | | |
| 12時間以上 13時間未満 | 回 | | | | | | | | 250円 | | |
| 13時間以上 14時間未満 | 回 | | | | | | | | 300円 | | |
| 退院時共同指導加算 | 回 | | | | | | | | 600円 | 600円 | |
| 処遇改善加算ⅠⅠ | 月 | | | | | | | | 11.1% | 11.1% | |
| 感染症及び災害により利用者数が一定減少した場合 | 月 | | | | | | | | 3.0% | | |

| 【実費利用料項目】 | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|------------|------------------|----------------|
| 利 用 料 金 | 食費 | 日 | 昼 | 680円 |
| | | | 夕 | 650円 |
| | お預かり料 | 時間 | (通所リハの時間以外) 500円 | |
| | おむつ代 | 枚 | 尿パッド 男性用 | 19円 |
| | | | 尿パッド 男女兼用 | 28円 |
| | | | 尿パッド パンツ用 | 39円 |
| | | | 尿パッド 長時間用 | 44円 |
| | | | シートタイプ 中 | 34円 |
| | | | シートタイプ 大 | 44円 |
| | | | リハビリパンツ M | 100円 |
| | | リハビリパンツ L | 110円 | |
| | | リハビリパンツ LL | 124円 | |
| | | テープ止めタイプM | 110円 | |
| | | テープ止めタイプL | 132円 | |
| 文 書 料 | 医師が作成する診断書等 | | ※ | 1,100円～11,000円 |
| | 利用者のご希望により事務職員が作成する文書 | | ※ 実費 | |
| (作成に要した時間に応じていただきます) 例:領収証明書(1月分220円) | | | | |

介護保険適用項目につきましては1割負担の場合の料金です

- サービス提供とは関係のない費用については実費請求させていただきます。
- ※印の料金につきましては消費税込みの料金です。