

介護報酬自己負担額表

2024.9.1現在 中条愛広苑
単位：円

要介護度	介護老人保健施設 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		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
大規模型【特例】																					
要介護1	369	738	1,107	383	766	1,149	486	972	1,458	553	1,106	1,659	622	1,244	1,866	715	1,430	2,145	762	1,524	2,286
要介護2	398	796	1,194	439	878	1,317	565	1,130	1,695	642	1,284	1,926	738	1,476	2,214	850	1,700	2,550	903	1,806	2,709
要介護3	429	858	1,287	498	996	1,494	643	1,286	1,929	730	1,460	2,190	852	1,704	2,556	981	1,962	2,943	1,046	2,092	3,138
要介護4	458	916	1,374	555	1,110	1,665	743	1,486	2,229	844	1,688	2,532	987	1,974	2,961	1,137	2,274	3,411	1,215	2,430	3,645
要介護5	491	982	1,473	612	1,224	1,836	842	1,684	2,526	957	1,914	2,871	1,120	2,240	3,360	1,290	2,580	3,870	1,379	2,758	4,137
大規模型Ⅰ																					
要介護1	357	714	1,071	372	744	1,116	470	940	1,410	525	1,050	1,575	584	1,168	1,752	675	1,350	2,025	714	1,428	2,142
要介護2	388	776	1,164	427	854	1,281	547	1,094	1,641	611	1,222	1,833	692	1,384	2,076	802	1,604	2,406	847	1,694	2,541
要介護3	415	830	1,245	482	964	1,446	623	1,246	1,869	696	1,392	2,088	800	1,600	2,400	926	1,852	2,778	983	1,966	2,949
要介護4	445	890	1,335	536	1,072	1,608	719	1,438	2,157	805	1,610	2,415	929	1,858	2,787	1,077	2,154	3,231	1,140	2,280	3,420
要介護5	475	950	1,425	591	1,182	1,773	816	1,632	2,448	912	1,824	2,736	1,053	2,106	3,159	1,224	2,448	3,672	1,300	2,600	3,900

〔加算〕

	1割	2割	3割
介護職員等処遇改善加算	基本報酬と各種加算の合計×8.6%		
感染症又は災害の発生により利用者数が減少した場合の加算	基本報酬の3%を可算		
業務継続計画未策定減算	基本報酬の1%を減算		
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本報酬の1%を減算		
理学療法士等体制強化加算	30	60	90
リハビリテーション提供体制加算(3～4時間)	12	24	36
リハビリテーション提供体制加算(4～5時間)	16	32	48
リハビリテーション提供体制加算(5～6時間)	20	40	60
リハビリテーション提供体制加算(6～7時間)	24	48	72
リハビリテーション提供体制加算(7時間以上)	28	56	84
中重度者ケア体制加算	20	40	60
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	44	66
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	月額：560(6か月未満) 月額：240(6か月以上)	月額：1,120(6か月未満) 月額：480(6か月以上)	月額：1,680(6か月未満) 月額：720(6か月以上)
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	月額：593(6か月未満) 月額：273(6か月以上)	月額：1,186(6か月未満) 月額：546(6か月以上)	月額：1,779(6か月未満) 月額：819(6か月以上)
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)	月額：793(6か月未満) 月額：473(6か月以上)	月額：1,586(6か月未満) 月額：946(6か月以上)	月額：2,379(6か月未満) 月額：1,419(6か月以上)
リハビリテーションマネジメント加算	270	540	810

入浴介助加算(Ⅰ)	40	80	120
入浴介助加算(Ⅱ)	60	120	180
短期集中ハビリテーション実施加算(3月以内)	110	220	330
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250	2,500	3,750
時間延長加算(Ⅰ)(8時間以上9時間未満)	50	100	150
重度療養管理加算(要介護3以上)	100	200	300
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	240	480	720
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	月額：1,920	月額：3,840	月額：5,760
移行支援加算	12	24	36
若年性認知症利用者受入加算	60	120	180
送迎減算	家族送迎等の場合、片道47単位減算	家族送迎等の場合、片道94単位減算	家族送迎等の場合、片道141単位減算
科学的介護推進体制加算	40	80	120
退院時共同指導加算	600	1,200	1,800
栄養アセスメント加算	50	100	150
栄養改善加算	200	400	600
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	40	60
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	10	15
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150	300	450
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155	310	465
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160	320	480

* 1. 上記の金額は1日あたりの金額です。(介護予防通所リハビリテーションを除く)
2. 加算に関しては施設の基準及び利用者の利用状況により異なります。