

さくら苑デイサービスセンター 利用料金表

令和6年6月1日 現在

1. 介護保険内のサービス利用料金

(1) 札幌市通所型サービス（事業対象者、要支援1、要支援2）の方の自己負担額

類型	区分	料金		
		事業対象者、要支援1		
		1割	2割	3割
時間短縮型	日額	約 338 円/回	約 677 円/回	約 1016 円/回
	月額	約 1355 円/月	約 2711 円/月	約 4067 円/月
通所介護相当型	日額	約 389 円/回	約 778 円/回	約 1168 円/回
	月額	約 1695 円/月	約 3390 円/月	約 5086 円/月

類型	区分	料金		
		要支援2		
		1割	2割	3割
時間短縮型	日額	約 346 円/回	約 693 円/回	約 1040 円/回
	月額	約 2780 円/月	約 5560 円/月	約 8341 円/月
通所介護相当型	日額	約 400 円/回	約 801 円/回	約 1201 円/回
	月額	約 3475 円/月	約 6951 円/月	約 10427 円/月

(2) 通所介護（要介護1～5）の方の自己負担

要介護度	料金（時間短縮型）		
	1割	2割	3割
要介護1	約 375 円/日	約 750 円/日	約 1125 円/日
要介護2	約 428 円/日	約 857 円/日	約 1286 円/日
要介護3	約 485 円/日	約 971 円/日	約 1457 円/日
要介護4	約 540 円/日	約 1080 円/日	約 1621 円/日
要介護5	約 596 円/日	約 1192 円/日	約 1788 円/日

要介護度	料金（通所介護相当型）		
	1割	2割	3割
要介護1	約 592 円/日	約 1184 円/日	約 1776 円/日
要介護2	約 698 円/日	約 1397 円/日	約 2095 円/日
要介護3	約 807 円/日	約 1614 円/日	約 2421 円/日
要介護4	約 913 円/日	約 1827 円/日	約 2740 円/日
要介護5	約 1022 円/日	約 2044 円/日	約 3066 円/日

(3) 通所介護（要介護 1～5）の方の各種加算の自己負担

	料金		
	1 割	2 割	3 割
個別機能訓練加算ⅠⅠ	約 5 6 円/日	約 1 1 3 円/日	約 1 7 0 円/日
個別機能訓練加算ⅠⅡ	約 7 7 円/日	約 1 5 4 円/日	約 2 3 1 円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	約 2 0 円/月	約 4 0 円/月	約 6 0 円/月
入浴介助加算Ⅰ	約 4 0 円/日	約 8 1 円/日	約 1 2 1 円/日
入浴介助加算Ⅱ	約 5 5 円/日	約 1 1 1 円/日	約 1 6 7 円/日
口腔機能向上加算Ⅰ	約 1 5 2 円/回	約 3 0 4 円/回	約 4 5 6 円/回
口腔機能向上加算Ⅱ	約 1 6 2 円/回	約 3 2 4 円/回	約 4 8 6 円/回
科学的介護推進体制加算	約 4 0 円/月	約 8 1 円/月	約 1 2 1 円/月

(4) 札幌市通所型サービス（事業対象者、要支援 1、要支援 2）の方の各種加算の自己負担

	料金		
	1 割	2 割	3 割
運動器機能向上加算	約 2 2 8 円/月	約 4 5 6 円/月	約 6 8 4 円/月
口腔機能向上加算Ⅰ	約 1 5 2 円/回	約 3 0 4 円/回	約 4 5 6 円/回
口腔機能向上加算Ⅱ	約 1 6 2 円/回	約 3 2 4 円/回	約 4 8 6 円/回
科学的介護推進体制加算	約 4 0 円/月	約 8 1 円/月	約 1 2 1 円/月

(5) 通所介護（要介護 1～5）の方の減算対象項目

送迎減算	
減算対象	料金
片道	約 48 円/日
往復又は同一建物からの利用	約 96 円/日

(事業対象者、要支援 1、要支援 2)の方の減算対象項目

送迎減算	
減算対象	料金
同一建物からの利用 (事業対象者・要支援 1)	約 381 円/月
同一建物からの利用 (要支援 2)	約 762 円/月

(6) 通所介護（要介護 1～5）札幌市通所型サービス（事業対象者、要支援 1、要支援 2）の方共通加算の自己負担

共通加算	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数の 9.0%
------	--------------	------------

介護職員等処遇改善加算Ⅱは、1 ヶ月に利用した総単位数（要介護度別サービス単位数＋各種加算単位数）×0.090（加算率）×10.14 円が全利用者様に一律負担となります。

※1 介護報酬 1 単位当たりの単価は、10.14 円です。

※2 端数計算処理により、料金が実際の料金と一部、変動がある場合があります。

2. その他

(1) 薬ケース

1 ケース当たり	27 円
----------	------

(2) 食費負担額

食費（1 食）	635 円
---------	-------

ただし、ご利用日の午前 9 時 30 分までに食事不要の連絡をいただいた場合、食費はいただきません。

(3) おむつ代

紙おむつ（パンツタイプ）	1 枚	65 円
紙おむつ（テープタイプ）	1 枚	70 円
パット	1 枚	25 円

(4) 連絡帳・連絡帳袋

連絡帳	1 冊	60 円
連絡帳袋	1 袋	108 円

(5) レクリエーションに係る費用等は自己負担となる場合があります。

(6) 絆創膏、ガーゼなどの医療品については、担当看護師が必要と判断した場合に使用し、その実費をいただく場合があります。

(7) 送迎実施地域以外の送迎は、1 km あたり 50 円ご負担頂きます。

詳しくは生活相談員にお尋ねください。