

**重要**

令和5年3月27日

ご利用者・ご家族 各位

社会福祉法人 優輝会  
指定通所介護事業所 恵珠苑  
管理者 川原 正明  
電話 (095) 828-1332

### 令和5年4月から重要事項説明並びに利用契約書の変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より、恵珠苑デイサービスをご利用いただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和5年4月から、下記の通り変更並びに追加となりますのでお知らせいたします。なお、ご不明な点等ございましたらご連絡ください。

敬具

利用料金表（恵珠苑 通所介護事業所Ⅰ）令和5年4月1日～							
通常規模型（7時間～8時間を利用した場合）1割負担額で計算しています。							
要介護度	事業対象者		1	2	3	4	5
	要支援1	要支援2					
通所介護サービス費	1,696円	3,476円	665円	784円	909円	1,033円	1,158円
主な 加算 項目	感染症や災害の影響（3%） 影響時期3ヶ月間		20円	24円	28円	32円	35円
	運動器機能向上加算	229円	229円				
	サービス提供体制加算（Ⅰ）	90円	179円	23円	23円	23円	23円
	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ			57円	57円	57円	57円
	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ ※基本はロを算定します。			87円	87円	87円	87円
	入浴介助加算（Ⅰ）			41円	41円	41円	41円
	入浴介助加算（Ⅱ） ※基本はⅡを算定します。			56円	56円	56円	56円
	処遇改善加算（5.9%）	121円	232円	56円	63円	71円	78円
	特定処遇改善加算（1.2%）	25円	47円	12円	14円	15円	17円
介護職員等ベースアップ等支援 加算（1.1%）	23円	44円	11円	13円	14円	15円	
事業所評価加算	122円	122円					
個別機能訓練（Ⅱ）（ひと月に1回）			21円	21円	21円	21円	
栄養・口腔スクリーニング加算（Ⅰ） （1回につき）6ヶ月に1回ベース							
栄養・口腔スクリーニング加算（Ⅱ） （1回につき）6ヶ月に1回ベース※ⅠかⅡ							
科学的介護推進体制加算 （ひと月に1回）	41円	41円	41円	41円	41円	41円	
ADL維持等加算Ⅰ（ひと月に1回）							
ADL維持等加算Ⅱ（ひと月に1回）			61円	61円	61円	61円	
食事提供費 【※キャンセル料金】	650円	650円	650円	650円	650円	650円	
事業対象者の自己負担額目安 週1回利用…要支援1の料金 週2回利用…要支援2の料金 ※月額料金になります。	2,347円 +食事代 【1ヶ月分】	4,370円 +食事代 【1ヶ月分】					
要介護1から5までの方の自己負担 額目安・ひと月に1回加算も含んで （食事代込み） ※利用毎になります。			概ね 1,683円 食事代込み 【1回分】	概ね 1,813円 食事代込み 【1回分】	概ね 1,948円 食事代込み 【1回分】	概ね 2,082円 食事代込み 【1回分】	概ね 2,218円 食事代込み 【1回分】

裏面に続きます。

前年度の料金 令和5年3月末日まで

利用料金表（恵珠苑 通所介護事業所Ⅰ）令和5年1月1日～							
通常規模型（7時間～8時間を利用した場合）1割負担額で計算しています。							
要介護度	事業対象者		1	2	3	4	5
	要支援1	要支援2					
通所介護サービス費	1,696円	3,476円	665円	784円	909円	1,033円	1,158円
主な加算項目	感染症や災害の影響（3%） 影響時期3ヶ月間		20円	24円	28円	32円	35円
	運動器機能向上加算	229円	229円				
	サービス提供体制加算（Ⅰ）	90円	179円	23円	23円	23円	23円
	個別機能訓練加算（Ⅰ）イ			57円	57円	57円	57円
	個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ ※基本はロを算定します。			87円	87円	87円	87円
	入浴介助加算（Ⅰ）			41円	41円	41円	41円
	入浴介助加算（Ⅱ） ※基本はⅡを算定します。			56円	56円	56円	56円
	処遇改善加算（5.9%）	121円	232円	56円	63円	71円	78円
	特定処遇改善加算（1.2%）	25円	47円	12円	14円	15円	17円
	介護職員等ベースアップ等支援加算（1.1%）	23円	44円	11円	13円	14円	15円
事業所評価加算							
個別機能訓練（Ⅱ）（ひと月に1回）			21円	21円	21円	21円	21円
栄養・口腔スクリーニング加算（Ⅰ） （1回につき）6ヶ月に1回ベース							
栄養・口腔スクリーニング加算（Ⅱ） （1回につき）6ヶ月に1回ベース※ⅠかⅡ							
科学的介護推進体制加算 （ひと月に1回）	41円	41円	41円	41円	41円	41円	41円
ADL維持等加算Ⅰ（ひと月に1回）							
ADL維持等加算Ⅱ（ひと月に1回）			61円	61円	61円	61円	61円
食事提供費 【※キャンセル料金】	650円	650円	650円	650円	650円	650円	650円
事業対象者の自己負担額目安 週1回利用…要支援1の料金 週2回利用…要支援2の料金 ※月額料金になります。	2,225円 +食事代 【1ヶ月分】	4,248円 +食事代 【1ヶ月分】					
要介護1から5までの方の自己負担額目安・ひと月に1回加算も含んで （食事代込み） ※利用毎になります。			概ね 1,683円 食事代込み 【1回分】	概ね 1,813円 食事代込み 【1回分】	概ね 1,948円 食事代込み 【1回分】	概ね 2,082円 食事代込み 【1回分】	概ね 2,218円 食事代込み 【1回分】

重要事項説明書並びに利用契約書の変更又は追加については、令和5年4月1日より、事業所評価加算が算定されることとなりました。（第1号通所介護型サービス事業 介護予防通所介護相当サービス）

以上

改正日 令和5年4月1日

重要事項並びに利用契約改正内容説明日 令和 年 月 日  
令和5年4月1日からの重要事項説明書並びに利用契約書の変更又は追加について、  
ご利用者に対して本書面に基づき説明いたしました。

事業所

【事業所名】 恵珠苑 指定通所介護事業所  
【住所】 長崎市田上2丁目15番12号  
【説明者】 役職名 管理者 生活相談員  
氏名 川原 正明 印

重要事項並びに利用契約改正内容同意日 令和 年 月 日

私は、重要事項説明書並びに利用契約書の変更について説明を受け同意しました。

利用者

【住所】 \_\_\_\_\_

【氏名】 \_\_\_\_\_ 印

代理人（身元引受人）

【住所】 \_\_\_\_\_

【氏名】 \_\_\_\_\_ 印

【関係・続柄】 \_\_\_\_\_