

指定通所介護・指定相当通所型サービス 重要事項説明書

【JA福井県デイサービスセンターあい愛】

1. 事業の目的について

要介護又は要支援状態等にある組合員及びその家族並びに地域の高齢者等に対して「指定通所介護」及び「指定相当通所型サービス」（以下、「相当通所型サービス」という。）を提供することにより、安心して日常生活が営まれることを目的とする。

2. 事業所サービスの運営方針

- (1) 「指定通所介護」は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。
- (2) 「相当通所型サービス」は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。
- (3) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。
- (4) 事業の実施にあたっては、市町、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 事業者

法人名	福井県農業協同組合
代表者名	代表理事組合長 齊藤 雅幸
所在地	福井県福井市大手3丁目2-18
連絡先（電話番号）	【介護福祉部 介護事業課】 0776-50-7620

4. 事業所の概要

事業所名	JA福井県デイサービスセンターあい愛
所在地	福井市舟橋新1丁目106番地
事業者指定番号	1870100029号（令和4年4月1日指定）
管理者名	田川 莉恵
連絡先（電話番号）	0776-29-0101
サービスの種類	指定通所介護サービス・指定相当通所型サービス
利用定員	30名
サービス提供地域	福井市

5. 事業所の職員体制

当事業所では、ご利用者に対して通所介護サービス及び相当通所型サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。（職員配置については、指定基準を遵守しています。）

職 種	人員配置	職務の内容
管理者	1 名	事業所の従業員の管理及び業務管理を一元的に行う。
生活相談員	1 名以上	利用の申込みに係る調整、従事者に対する相談助言及び技術指導を行う。また従業者と協力して「指定通所介護計画」及び「指定相当通所型サービス計画」の作成等を行う。
看護職員	1 名以上	利用者の健康状態を把握し適切な対応を行う。
機能訓練担当者（看護職員兼務）	1 名以上	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。
介護職員	4名以上	指定通所介護サービス及び指定相当通所型サービスの提供にあたる。
調理員（委託）	1 名以上	調理及び食事の提供・衛生管理等を行う。

※ 常勤換算：職員それぞれの勤務延時間数の総数を、当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が3名、6時間勤務の介護職員が2名いる場合、常勤換算では、4.5名となります {3名+（6時間×5日÷40時間×2名）}

6. 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 8 時 3 0 分 ～ 午後 5 時 0 0 分
サービス提供時間	午前 9 時 0 0 分 ～ 午後 4 時 3 0 分
延長時間	午前 8 時 0 0 分 ～ 午前 9 時 0 0 分 午後 4 時 3 0 分 ～ 午後 6 時 0 0 分

※ 祝祭日及び年末年始（12月31日から1月3日）は休業日となります。

7. 協力医療機関

医療機関名	住 所
福井総合病院	福井市江上町58-16-1
末松内科循環器科医院	福井市文京6丁目34-1

※ 緊急対応について

当事業所内において、利用者の状態に異常が認められ、主治医に上申のうえ救急対応が必要と認められた場合には救急車にて対応いたします。またその際、主治医の病院が遠距離の場合には当事業所の協力医への搬送とさせていただきます。

8. サービスの内容

- (1) 「通所介護」及び「相当通所型サービス」は、事業所において、入浴、食事の提供（これらに伴う介護を含む）、その他日常生活のお世話及び個別機能訓練、口腔機能向上、栄養マネジメント、若年性認知症ケア、機能回復訓練を行います。
- (2) 事業者は、サービス提供に当たっては、「通所介護計画」・「個別機能訓練計画」・「栄養ケア計画」・「口腔機能改善管理指導計画」及び「生活機能向上計画」「相当通所型サービス計画」に沿って計画的に提供します。

(3) 具体的サービス内容

① 身体介護に関するサービス

（日常生活動作の程度により、必要な支援及び介助を行います。）

ア 排泄の介助

イ おむつの交換

ウ 移動、移乗の介助

※ 事業所が常備する日常生活品（おむつ・歯ブラシ等）を利用された時は実費をご負担いただきます。

② 入浴に関するサービス

（入浴を希望する利用者に対して必要な支援及び介助を行います。）

ア 衣類脱着の介助

イ 身体の清拭、洗髪、洗身に関する介助

ウ 特殊（機械）浴槽の使用と介助（特別入浴）

エ その他入浴に必要な介助

※ 入浴を利用される方は、規定の料金をご負担していただきます。〔介護給付〕

③ 食事に関するサービス

（昼食を希望する利用者に対して必要な支援及び介助を行います。）

ア 食事の準備、後始末の介助

イ 食事摂取の介助

ウ その他食事に必要な介助

※ 調理費と食材料費として、昼食1食当り850円、おやつ1食当り100円をご負担いただきます。

④ 機能訓練に関するサービス〔介護給付〕

（日常生活に必要な身体機能の低下を防ぐための訓練及び精神的な気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。）

ア レクリエーション

イ グループワーク

ウ 行動的活動（花見、ショッピング等）

エ 体操

オ 機能訓練

カ 休養

※ 利用者の希望により、参加していただくことが出来ます。（レクリエーション・行動的活動等において、参加料金がかかる時は実費をご負担いただきます。）

⑤ 機能訓練に関するサービス〔相当通所型サービス〕

（介護予防ケアプランにもとづき、日常生活に必要な身体機能の低下を防ぐための訓練及び精神的な気分転換が図れるよう各種サービスを提供します。）

ア 生活機能向上グループ活動（集団的に行うレクリエーション、創作活動等）

イ 運動器機能向上

ウ 栄養改善

エ 口腔機能向上

※ 利用者の希望により参加していただく、レクリエーション・行動的活動等において、参加料金がかかる時は実費をご負担いただきます。

⑥ 送迎に関するサービス

（利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。）

ア 送迎

イ 移動、乗降動作の介助

⑦ 相談、助言に関するサービス

（利用者及びその家族の日常生活における心身上、介護等に関する相談及び助言を行います。）

⑧ 個別機能訓練に関するサービス〔介護給付〕

（計画的に個別の機能訓練を行います。）

⑨ 口腔機能向上に関するサービス

（口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行います。）

⑩ 栄養マネジメントに関するサービス

（低栄養状態の改善を目的として、栄養食事等の栄養管理及び情報を文書で共有します。）

⑪ 若年性認知症ケアに関するサービス〔介護給付〕

（若年性認知症利用者にふさわしい必要な支援及び介助を行います。）

ア 利用者又はその家族等に対する相談支援、情報提供

⑫ 生活機能向上に関するサービス〔相当通所型サービス〕

（生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の方々からなるグループに対して、日常生活上の支援のための活動を行います。）

⑬ 認知症高齢者や中重度の要介護者に関するサービス〔介護給付〕

（認知症高齢者や中重度の要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活が継続的に出来る様に支援するためのサービスの提供を行います。）

⑭ 生活機能向上連携に関するサービス〔介護給付〕

（外部リハビリ専門職と連携して個別機能訓練計画・評価を行います。）

⑮ ADL維持等に関するサービス〔介護給付〕

（ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えるためのサービス提供を行います。）

9. サービス利用料金および支払

(1) 事業所利用料金は、下記料金表により利用者の要介護度・要支援度及びケアプランに基づいた通所介護所要（利用）時間に応じた通所介護費・介護予防通所介護費から介護給付額を除いた金額（介護負担割合証の記載の割合に基づく額）を、利用者料金としてお支払いいただきます。

※ 利用者が要介護認定・要支援認定を受けていない、ケアプランの未作成及び介護保険料の滞納等の理由により介護保険の給付が受けられない場合には、サービス利用金額を一旦事業者を支払うものとします（要介護認定後および要支援認定後又はケアプラン作成後、介護給付金が介護保険から払い戻されます〔償還払い〕）。

(2) 利用料金表〔介護給付・相当通所型サービス〕

≪別表1、参照≫

（感染症や災害の影響により利用者が減少した場合）

ア より小さい規模区分がある大規模型について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度の平均延べ利用者数ではなく、延べ利用者の減が生じた月の実績を基礎とすることができることとする。

イ 延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヶ月間、基本報酬の3%の加算を行うことが出来る。

(3) 各種加算〔介護給付・相当通所型サービス〕

≪別表2、参照≫

(4) 食事サービス費

利用者のご希望で食事、おやつ、飲み物のサービスを利用する場合は、下記の加算料金をご負担いただきます。

昼食代	おやつ代	飲み物代
850円	100円	50円

(5) その他の自己負担となるサービス

① 事業所が常備する衛生生活品（おむつ等衛生用品）を利用されたときは、実費相当分をご負担いただきます。

オムツ・はくパンツ	尿取りパッド
120円	30円

② 事業所が常備する日常生活品等（歯ブラシ・処置等に使用する物品等）、補助食品等（とろみ食等）をご希望され利用された時は、実費をご負担いただきます。

③ 整容（理髪等）を希望され利用されたときは、実費をご負担いただきます。

④ 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎の費用として上記（2）の料金に5%を加算させていただきます。

⑤ 事業所が企画するレクリエーションや行動的活動等に参加いただく時に、材料費・交通費等の実費をご負担いただきます。

- (6) 利用料金の支払いは、月末締切の翌月15日（但し、15日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として利用者（または代理人）名義の当J A貯金口座振替（貯金口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。また、他の金融機関の口座振替は、月末締切の翌月20日（ただし、20日が休日の場合は翌営業日）とします。
- (7) 利用者が要介護認定・要支援認定を受けていない、ケアプランの未作成及び介護保険料の滞納等の理由により介護保険の給付が受けられない場合には、サービス利用金額を一旦事業者を支払うものとします（要介護認定後および要支援認定後又はケアプラン作成後、介護給付金が介護保険から払い戻されます〔償還払い〕）。

10. サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定められた「サービス提供記録書」等の書面に必要記載事項を記入して、保管しております。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに（又は1ヶ月ごとに）「指定通所介護計画」「相当通所型サービス計画」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等に関する書面「評価表」を作成して、利用者に説明のうえ提出します。（介護支援事業者及び地域包括支援センターにも提出します。）
- (3) 事業者は、前記の「サービス提供記録書・サービス利用票」等の記録を作成完了後、5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧、又はその写しを交付します。

11. 利用の中止・変更

- (1) 利用予定日の前に、利用者のご都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更する際には、すみやかに事業者申し出て下さい。
- (2) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払い頂く事があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- (3) 取消料は、利用者負担金の支払いに合せてお支払いいただきます。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	通所介護費の10% 昼食代・おやつ代の全額

12. 相談窓口・苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応いたします。

担 当 者	田川 莉恵
電話番号	0776-29-0101
FAX番号	0776-29-0102
受付時間	月曜日～土曜日（営業日に限る） 午前8時30分～午後5時00分

○ お受けします苦情は、次の手順により対応させていただきます。

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための手順

- ① 苦情があった場合は、速やかに利用者宅を訪問し事実確認を行います。
- ② 確認した事実内容を苦情処理報告書に記載します。
- ③ 確認した事実内容にもとづき、管理者はスタッフ会議を開催し、原因分析及び対応策を検討します。
- ④ 管理者は、発生した苦情の内容、事実内容、原因分析結果について本店（介護事業課）に報告し、対応策についての指示を仰ぎます。
- ⑤ 管理者は、スタッフ会議または本店（介護事業課）で決定した対応策について、速やかにその内容を利用者に報告します。
- ⑥ 利用者への苦情処理の結果を報告書に記載するとともに、再発防止に努めます。

(2) その他の事項

- ① 日頃から苦情が出ないよう従事者教育を徹底するとともに、再発防止に努めます。
- ② 市町、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導、助言を受けた場合は、必要な改善を行います。

○ 各市町の介護保険担当課又は国民健康保険団体連合会へも苦情申し立てができます

福井市地域包括ケア推進課	所在地：福井市大手3-10-1 電話番号：0776-20-5400 FAX：0776-20-5426 受付時間：月曜～金曜（祝日除く） 8:30～17:15
福井県国民健康保険団体連合会	所在地：福井市西開発4丁目202-1 電話番号：0776-57-1614 FAX：0776-57-1625 受付時間：月曜～金曜（祝日除く） 8:30～17:00

(3) 第三者評価について

現在は行っておりませんが、今後、第三者評価を受けた場合には評価日・評価機関・評価の内容等について公表いたします。

13. 事故発生時における対応方法

利用者に対する通所介護サービス及び指定相当通所型サービスの提供により、事故が発生した場合には、市町、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者および地域包括支援センターに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故である場合には速やかに損害賠償を行います。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

14. 虐待の防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、職員の利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。

- (3) サービス提供中に、当事業所従業者又は擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを保険者に通報します。
- (4) 職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取組めるよう、責任者を選任し環境の整備に努めます。

権利擁護・虐待防止責任者	田川 莉恵
電話番号	0776-29-0101
FAX	0776-29-0102
受付時間	毎週月曜日～土曜日（営業日に限る） 午前8時30分～午後5時00分

15. 業務継続計画(BCP)について

当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅・介護予防支援の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- (1) 従業者に対し業務継続計画について説明、周知するとともに、災害時等の訓練（シュミレーション）を年2回以上実施します。
- (2) 従業者に対し感染予防に関する研修を定期的の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

16. 感染症対策について

当事業者は、感染症の発生・まん延等に関する取り組みの徹底と業務継続に向けた体制整備のため、次の措置を講じます。

- (1) 感染予防・感染時の対策に関する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 災害及び感染予防・感染時等の業務継続に関する訓練（シュミレーション）を年1回以上実施します
- (3) 従業者に対し感染予防に関する研修を定期的の実施します。

17. ハラスメントに対する対策について

介護現場における利用者や家族等からのハラスメント等について相談できる体制を整え、職員が安心して働き続けられる環境を整備します。

18. 秘密の保持について

従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らしてはならない。

- (1) 従業者であった者は、従業者でなくなった後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- (2) サービス担当者会議等において、利用者の個人情報及びその家族の個人情報をを用いる場合は、あらかじめ利用者且つその家族の同意を文書で得ることにします。

19. その他

通所介護及び指定相当通所型サービスに関する全職員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

別表1 サービス利用料金表（指定通所介護・指定相当通所型サービス）

R7.4

(1)ーア 利用料金表(介護給付)【大規模事業所Ⅰ】

所要（利用）時間（1回あたり単位数）

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	備 考
要介護1	358単位	376単位	544単位	564単位	629単位	647単位	福井市 1単位 10.21円 （地域区分7級地） その他の地域 1単位10.00円
要介護2	409単位	430単位	643単位	667単位	744単位	765単位	
要介護3	462単位	486単位	743単位	770単位	861単位	885単位	
要介護4	513単位	541単位	840単位	871単位	980単位	1,007単位	
要介護5	568単位	597単位	940単位	974単位	1,097単位	1,127単位	

※ 利用者の都合等により、2時間以上3時間未満のサービスを提供する場合は、4時間以上5時間未満区分の単位数の70/100の単位数となります。

(1)ーイ 利用料金表(介護給付)【大規模事業所Ⅱ】

所要（利用）時間（1回あたり単位数）

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	備 考
要介護1	345単位	362単位	525単位	543単位	607単位	623単位	福井市 1単位 10.21円 （地域区分7級地） その他の地域 1単位10.00円
要介護2	395単位	414単位	620単位	641単位	716単位	737単位	
要介護3	446単位	468単位	715単位	740単位	830単位	852単位	
要介護4	495単位	521単位	812単位	839単位	946単位	970単位	
要介護5	549単位	575単位	907単位	939単位	1,059単位	1,086単位	

※ 利用者の都合等により、2時間以上3時間未満のサービスを提供する場合は、4時間以上5時間未満区分の単位数の70/100の単位数となります。

(1)ーウ 利用料金表(介護給付)【通常規模型】

所要（利用）時間（1回あたり単位数）

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	備 考
要介護1	370単位	388単位	570単位	584単位	658単位	669単位	福井市 1単位 10.21円 （地域区分7級地） その他の地域 1単位10.00円
要介護2	423単位	444単位	673単位	689単位	777単位	791単位	
要介護3	479単位	502単位	777単位	796単位	900単位	915単位	
要介護4	533単位	560単位	880単位	901単位	1,023単位	1,041単位	
要介護5	588単位	617単位	984単位	1,008単位	1,148単位	1,168単位	

※ 利用者の都合等により、2時間以上3時間未満のサービスを提供する場合は、4時間以上5時間未満区分の単位数の70/100の単位数となります。

(2) 各種加算(指定通所介護)

利用者の要望及び施設の体制に応じて、下表の加算料金をご負担いただきます。

各 種 加 算	単位数	各 種 加 算	単位数
入浴介助加算 (Ⅰ)	40円 /日	栄養改善加算 (月2回まで)	200円 /回
入浴介助加算 (Ⅱ)	55円 /日	栄養アセスメント加算	50円 /月
個別機能訓練加算 (Ⅰ) イ	56円 /日	生活機能向上連携加算Ⅰ	100円 /月
個別機能訓練加算 (Ⅰ) ロ	76円 /日	生活機能向上連携加算Ⅱ	200円 /月
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20円 /月	科学的介護推進体制加算	40円 /月
中重度者ケア体制加算	45円 /回	サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22円 /回
認知症加算	60円 /回	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18円 /回
ADL維持等加算 (Ⅰ)	30円 /月	サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6円 /回
ADL維持等加算 (Ⅱ)	60円 /月	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	1月の所定単位数×92/1000
ADL維持等加算 (Ⅲ)	3円 /回	介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	1月の所定単位数×90/1000
口腔機能向上加算 (Ⅰ)(月2回まで)	150円 /回	介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	1月の所定単位数×80/1000
口腔機能向上加算 (Ⅱ)(月2回まで)	160円 /回	介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	1月の所定単位数×64/1000
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅰ)	20円 /回		
口腔・栄養スクリーニング加算 (Ⅱ)	5円 /回		

※感染症や災害の影響により利用者が減少した場合

- ア. より小さい規模区分がある大規模型について、事業所規模別の報酬区分の決定にあたり、前年度延べ利用者数ではなく、延べ利用者数の減が生じた月の実績を基礎とすることができることとする。
- イ. 延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3ヵ月間、基本報酬の3%の加算を行うことができる。

※利用者の状態や要望に応じて変更する場合があります。

※1ヶ月利用料金に関しましては、ケアプランによる算定額となります。

(3) 利用料金表(指定相当通所型サービス)

要支援度	利用回数/月	回	月
事業対象者	1回～4回	436円/回	—
・要支援1	5回	—	1798円/月
事業対象者	1回～8回	447円/回	—
・要支援2	9回	—	3621円/月

(4) 各種加算(指定相当通所型サービス)

利用者の要望及び施設の体制に応じて、下表の加算料金をご負担いただきます。

各種加算	単位数	各種加算	単位数
若年性認知症利用者受入加算	240円	サービス提供体制強化加算Ⅱ 支援2・事業対象	144円
口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150円	サービス提供体制強化加算Ⅲ 支援1・事業対象	24円

口腔機能向上加算(Ⅱ)	160円	サービス提供体制強化加算Ⅲ 支援2・事業対象	48円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6ヶ月に1回 20円/回	一体的サービス加算	480円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6ヶ月に1回 5円/回	通所独自送迎減算(事業所が送迎を行わない場合)	△47円/片道
栄養改善加算	200円	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月の所定単位数×92/1000
栄養アセスメント加算	50円	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1月の所定単位数×90/1000
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1月の所定単位数×80/1000
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	1月の所定単位数×64/1000
科学的介護推進体制加算	40円		
サービス提供体制強化加算Ⅰ 支援1・事業対象	88円		
サービス提供体制強化加算Ⅰ 支援2・事業対象	176円		
サービス提供体制強化加算Ⅱ 支援1・事業対象	72円		

※利用者の状態や要望に応じて変更する場合があります。

※標記の料金は一割負担の場合となります。